

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911

THÈSE

N° 235

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Odile THIAULT

Né à La Machine (Nièvre), le 21 avril 1881

DE LA

PONCTION DE LA VAGINALE

DANS LE

TRAITEMENT DE L'ÉPIDIDYMO-VAGINALITE

BLENNORRAGIQUE

Président : M. SEGOND, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1911

235

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Odile THIAULT

Né à La Machine (Nièvre), le 21 avril 1881

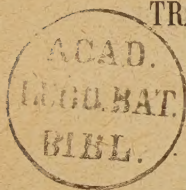
DE LA

PONCTION DE LA VAGINALE

DANS LE

TRAITEMENT DE L'ÉPIDIDYMO-VAGINALITE

BLENNORRAGIQUE



Président : M. SEGOND, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

MM.

Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL
Pathologie chirurgicale	DEJERINE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	PIERRE MARIE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	MARFAN
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée	CHAUFFARD
	ROGER
	HAYEM
Clinique médicale	GILBERT
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	DELBET
	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique	DELAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR
	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	REITTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*En témoignage de profonde
reconnaissance.*

A MA TANTE

*Dont la bonté fut, pour moi,
de l'abnégation.*

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Professeur honoraire de Clinique médicale
Ex-médecin de l'Hôtel-Dieu

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de Clinique obstétricale
Accoucheur des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR ALBARRAN

Professeur de Clinique chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital Necker

MONSIEUR LE DOCTEUR ROUTIER

Chirurgien de l'Hôpital Necker

MONSIEUR LE DOCTEUR BARIÉ

Médecin de l'Hôpital Laënnec

MONSIEUR LE DOCTEUR GUINARD

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

Professeur de Clinique chirurgicale

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

DE LA PONCTION DE LA VAGINALE

DANS LE

TRAITEMENT DE L'ÉPIDIDYMO-VAGINALITE

BLENNORRAGIQUE

INTRODUCTION

Parmi les nombreux traitements de l'épididymo-vaginalite blennorragique, il en est un sur lequel on a peu insisté : c'est la ponction de la vaginale.

Ayant fait des ponctions dans un but de recherches bactériologiques, MM. Lavenant et Germain, chirurgiens assistants du service des voies urinaires à l'hôpital Lariboisière, remarquèrent une atténuation très rapide des deux principaux symptômes : douleur et température. Ils tentèrent alors de généraliser la ponction de la vaginale, comme procédé thérapeutique, assez bénin et facile à exécuter.

Ils ont bien voulu mettre à notre disposition une grande partie des observations inédites contenues dans ce travail et nous tenons à leur en exprimer, ici, toute notre reconnaissance.

Nous établirons la comparaison entre la méthode décrite par nous et l'épididymotomie, moyen chirur-

gical plus complet, mais qui a, pour notre part, des indications limitées.

Nous avons pensé qu'il serait intéressant de faire connaître tout le bénéfice que l'on peut retirer d'une simple ponction, lorsque l'état du malade nécessite une intervention, sans présenter toutefois la gravité dans laquelle, seule, l'épididymotomie est indiquée.

Avant d'entrer dans l'étude de notre sujet, nous prions M. le professeur Segond, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, d'agréer nos remerciements respectueux.

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

DANS LES ÉPIDIDYMITES BLENNORRAGIQUES

Le fait qui nous a frappé lors de nos premières ponctions fut la diminution rapide, et, pour ainsi dire instantanée, de la douleur testiculaire. Cette douleur, très amoindrie, n'est jamais revenue, et n'a fait que décroître, pour disparaître bientôt.

Bohm, de Prague, dit que dans ses observations, dès le sixième jour, la douleur à la pression de la partie malade avait disparu. Le mot « disparition » est peut-être un peu exagéré, car les douleurs subsistent, mais l'atténuation en est si considérable que, chez certains malades, nous avons pu chercher à délimiter exactement par la pression, le testicule et l'épididyme sans provoquer aucune plainte, alors qu'une heure auparavant, le seul fait d'effleurer la peau du scrotum avec un tampon imbibé d'alcool ou de sublimé, causait une douleur profonde. Nous connaissons même deux malades qui, le jour de leur entrée à l'hôpital, avant même d'être interrogés, ont demandé à être « piqués » immédiatement. Ils nous dirent, par la suite, que les autres orchiteux en traitement dans le service les avaient

renseignés et qu'ils espéraient bien, comme les autres, être soulagés aussitôt.

Le traitement opératoire de l'orchi-épididymite aiguë blennorragique date du XIX^e siècle. En 1852, Pirogoff fit, le premier, la ponction et Vidal de Cassis l'incision de l'albuginée testiculaire.

Curling, en 1857, fit bien voir que dans l'orchite blennorragique, d'une part, l'épididyme est atteint le premier et toujours atteint, et que, d'autre part, la vaginale participe toujours à l'inflammation. Cette opinion alla se fortifiant, pour devenir rapidement classique.

Quelques années plus tard, en 1863, Smith pratiqua l'incision de l'albuginée, croyant avoir affaire à un abcès. L'incision donna issue à du sang et à de la sérosité. Il n'y avait pas de pus, mais le malade fut complètement soulagé et Smith répéta cette opération dans plus de mille cas.

Il y eut même, à cette époque, une discussion violente entre Smith et Holmes, ce dernier se déclarant l'adversaire de la méthode.

En 1867, Spencer Watson préconisa la ponction de la vaginale, lorsque celle-ci était plus ou moins distendue par un épanchement. L'intervention, répétée une vingtaine de fois, lui donna des résultats égaux, sinon supérieurs, à ceux obtenus par la ponction de l'albuginée.

Plus tard, les recherches bactériologiques décelèrent la présence fréquente du gonocoque dans l'épanchement de la vaginale. Il était logique de

penser qu'une réaction aussi intense de la séreuse ne pouvait se produire sans que l'épididyme présentât des lésions plus marquées, puisque c'était à son voisinage que la vaginale s'était enflammée. Aussi, Baermann eut-il l'idée de ponctionner systématiquement l'épididyme dans l'épididymite blennorragique.

Tantôt la ponction ramène un liquide purulent, épais, d'un jaune verdâtre, contenant du mucus et des débris gangrenés des tissus, tantôt la seringue retire un liquide séro-sanguinolent contenant quelques flocons purulents.

Par l'examen microscopique, ou par l'ensemencement, Baermann, presque toujours, a trouvé des gonocoques.

En même temps, l'auteur constate qu'à la suite de la ponction, la douleur locale et la sensation de tension diminuent très vite et disparaissent, pour ne plus revenir, en même temps que la fièvre tombe, et ne se relève plus.

De ces recherches, on arrive à conclure que l'épididymite blennorragique doit son cortège de phénomènes généraux à la présence du gonocoque dans l'intérieur de la glande où se formaient, le plus souvent, de petits abcès. Dans un cas, Hagner a pu retirer, par ponction de l'épididyme, une certaine quantité de pus riche en gonocoques.

On résolut donc, et à juste titre, de ne plus se contenter de la simple ponction de l'épididyme (encore qu'elle fut très douloureuse), mais d'avoir

recours à un mode de traitement franchement chirurgical : à l'incision de la glande. Cette question fit l'objet d'une étude publiée, en 1903, par Escat, devant l'Association française d'Urologie. En 1905, Belfield soutient l'idée que dans la plupart des cas d'orchi-épididymite aiguë, avec épanchement de la vaginale et œdème de la peau, il y avait du pus dans l'épididyme.

En janvier 1906, Bazet, de San Francisco, lut devant l'Association d'Urologie américaine de la côte du Pacifique, un mémoire dans lequel le chirurgien américain résumait les résultats qu'il avait obtenus par l'incision de l'épididyme (épididymotomie), employée par lui dans 65 cas.

En 1906, Jouve, dans sa thèse, résumait les idées de son maître Escat sur cette question, et, avec lui, réservait ce traitement de l'épididymotomie aux cas graves par les phénomènes généraux, aux cas à allure chronique et aux cas à rechutes. Pour Jouve, c'est là une cause fréquente de la persistance de l'écoulement urétral, et de l'imperméabilité ultérieure des canaux d'excrétion.

Quelle est la technique préconisée par les partisans de l'épididymotomie ?

Hagner, à l'étranger, en donne les indications en octobre 1906, dans le même temps où Escat en entretenait l'Association française d'Urologie.

Le premier auteur indique ainsi le manuel opératoire qu'il a toujours suivi :

Sur le scrotum, à l'union de l'épididyme tuméfié

et du testicule proprement dit, il trace une incision de 6 à 10 centimètres, qui intéresse tous les plans anatomiques, jusqu'à la vaginale, qui est elle-même sectionnée.

La glande séminale est alors extériorisée, et dans l'épididyme malade, on pratique une série de ponctions, au moyen d'un ténotome, dont la lame pénètre à travers l'enveloppe fibreuse épaissie, jusque dans le tissu cellulaire infiltré qui enserre le tube épидидymaire. Si l'on voit sourdre du pus par l'orifice d'une de ces ponctions, cet orifice est immédiatement agrandi et reçoit alors un petit drain, à travers lequel on pratique un lavage de la cavité purulente, avec une solution de sublimé au 1/1000, suivi d'un second lavage au sérum physiologique. Les mêmes lavages sont répétés sur la tunique vaginale, après que le testicule a été remis en place. Les enveloppes scrotales sont alors réunies, excepté à l'angle inférieur de l'incision, par où passe une petite mèche de gaze stérilisée.

L'auteur a toujours trouvé dans la vaginale du liquide dont la quantité était en rapport avec le degré de tuméfaction de l'épididyme. Les deux feuillets de la séreuse étaient congestionnés et le feuillet viscéral présentait un piqueté hémorragique. Dans un cas, l'épididyme entier était recouvert d'une fausse membrane diphtéroïde dont l'ablation laissait une surface cruentée.

Sur les six interventions, trois fois il y avait du pus dans l'épididyme ; deux fois le pus contenait de

nombreux gonocoques, ce pus siégeait dans la tête de l'épididyme, toujours moins tuméfiée que la queue. Dans l'un des trois cas non suppurés, le liquide de la vaginale renfermait des gonocoques.

Qu'il y eut, ou non, du pus, le résultat fut le même. Le malade éprouva un soulagement considérable, dû évidemment aux ponctions multiples et au drainage de l'épididyme, d'une part ; à l'évacuation de l'hydrocèle, d'autre part. Le drain fut enlevé le deuxième jour, et la plaie se cicatrisa en huit jours. Cinq malades sur six se sont levés le septième jour.

A côté de la diminution immédiate de la douleur, l'auteur a noté la résolution rapide de la tuméfaction de l'épididyme et du cordon, cependant que la courbe de la température s'inclinait vers la normale qu'elle atteignait à la trente-sixième heure.

Hagner n'a observé ni suppuration prolongée, ni récurrence, ni atrophie testiculaire ; en un mot aucune suite fâcheuse ne vint compliquer l'intervention opératoire. Aussi, malgré le nombre restreint de ses observations, l'auteur se croit-il autorisé à formuler les conclusions suivantes :

1° L'intervention chirurgicale sur l'épididyme atteint d'inflammation blennorragique aiguë est rationnelle et exempte de danger ;

2° L'infiltration de l'organe disparaît beaucoup plus rapidement qu'avec n'importe quel autre traitement ;

3° Le résultat immédiat, au point de vue de la disparition de la douleur est excellent ;

4° Les risques d'obstruction de l'épididyme et l'atrophie testiculaire sont diminués.

Pour Escat, la technique varie suivant les cas. L'incision de la vaginale et l'ouverture de l'épididymite aiguë seront légitimes si l'épididyme tout entier est transformé en abcès ; mais ce n'est jamais le cas de la période aiguë où la lésion est toujours localisée.

L'incision de choix est l'incision du globus minor, ce noyau étant le point primitif, le seul atteint au cours de la période aiguë.

Il faut faire une incision sous-vaginale. On est assuré de la sorte, lorsqu'on incise en plein centre, grâce aux adhérences qui se sont formées, de ne pas ouvrir la grande cavité vaginale.

Anesthésie générale ou locale. — Le chloroforme est inutile, il peut être employé si le malade le réclame. Le chlorure d'éthyle suffit, l'incision pouvant être faite avec une grande rapidité.

Escat donne la préférence à l'assemblée locale par la cocaïne ou la stovaïne (4 ou 5 centigrammes de stovaïne d'une solution à 1/100 sous la peau qui enveloppe le nodule d'épididyme). On opère, dit Escat, avec une longue aiguille de Pravaz, de façon à bien envelopper le nodule surtout à sa racine, par une nappe anesthésique. Chez les malades très sensibles, il sera bon de faire une injection à la racine

du cordon, afin d'éviter les douleurs sourdes qui se propagent vers les reins et l'abdomen.

Lorsque l'épididyme est anesthésié, lorsque, sans provoquer de douleur, le noyau peut être sorti, immobilisé, comprimé, entre le pouce et l'index gauche on commence à opérer. L'incision parcourt le foyer, couche par couche, la peau et la coque péri-épididymaire. Une incision de 3 ou 4 centimètres environ pour la peau très œdématisée suffit, car elle se réduit spontanément dès que l'œdème diminue. Le bistouri plonge profondément au centre du noyau et ouvre la petite cavité centrale, la sonde cannelée en repère doucement les limites sans forcer nulle part, pour ne pas léser la partie de l'épididyme encore saine, ou le testicule, ou le cordon. Du moment qu'on vise le centre du noyau, il n'y a pas à se préoccuper de la vaginale, car il y a des adhérences partout, et le foyer s'ouvre à l'extérieur très facilement, comme un abcès tuberculeux. L'incision mesurera 1, 2, 3, 4 centimètres. La peau du scrotum est tendue, mais revient rapidement sur elle-même, après l'intervention, de sorte qu'il ne faut pas craindre d'inciser suffisamment la peau. Une fois la cavité ouverte, on peut l'agrandir en haut ou en bas, mais avoir toujours soin d'obtenir un orifice béant, destiné à recevoir une mèche de gaze.

Un pansement très compressif permet de faire lever le malade le lendemain. Comme soins consécutifs, on touchera la cavité à la teinture d'iode. Il subsiste pendant quelques jours une fistulette insi-

gnifiante, qui paraît être spermatique. Enfin, la cicatrisation s'opère sans laisser de traces.

Actuellement, il ne semble pas que la ponction de la vaginale soit pratiquée systématiquement comme traitement de l'épididymite blennorragique avec épanchement. Elle n'est employée que lorsque les douleurs sont trop vives ou que l'épanchement, très abondant, tarde à se résorber.

Nous n'insisterons pas sur le mécanisme de la cessation de la douleur; la décompression due à l'évacuation du liquide en est certainement la seule cause. Aussi, pensons-nous qu'il n'est nullement utile de faire un grand débridement ni d'évacuer beaucoup de liquide. Chez tous nos malades, nous avons eu un soulagement immédiat et nous n'avons jamais enlevé plus de 5 ou 6 centimètres cubes, au maximum.

Il semble que cette soustraction de liquide arrête l'évolution des phénomènes aigus, puisque, à la disparition de la douleur, il faut joindre une résorption rapide du liquide contenu dans la vaginale (en quatre ou cinq jours, il a presque complètement disparu). On observe simultanément une diminution des lésions épидидymaires, constatable cliniquement seulement, puisqu'après vingt-quatre ou quarante-huit heures il est toujours possible de délimiter le testicule de l'épididyme, ce qui est souvent difficile, pour ne pas dire impossible, avant la ponction, ces deux organes, augmentés de volume, ne se distinguant que par une consistance différente sans qu'on

puisse déterminer les limites de chacun d'eux.

La résorption du liquide vaginal est un fait intéressant à constater, et la ponction n'aurait-elle pour effet que d'en hâter le moment et d'en abréger la durée, que nous croyons qu'il faudrait l'employer dans ce but.

Les auteurs classiques ne sont pas, en effet, très explicites sur la durée de l'épanchement; ce n'est qu'en parlant de l'induration épидидymaire dans l'épididymite blennorragique qu'ils indiquent quatre à cinq semaines et cependant, au bout de ce temps, l'induration n'a pas disparu, et on pourra en retrouver les vestiges quelques années plus tard. Quant à l'évolution de l'épanchement, elle est quasi passée sous silence.

M. le professeur Reclus, dans le *Traité de Chirurgie*, dit que, dans quelques cas, à la fin de la période de résolution, vers la quatrième semaine, il existe encore un peu d'hydrocèle. Cette durée n'est pas pour nous étonner, mais nous croyons qu'à ce moment, le liquide doit avoir disparu. Une durée d'une vingtaine de jours suffit, dans les cas simples, à la résorption d'un épanchement laissé à lui-même. Il n'en est pas ainsi, nous l'avons vu, lorsque l'on fait une ponction, et nous ne pouvons nous empêcher de rapprocher de ces faits, ceux de certaines pleurésies dont la résorption se fait d'une manière si rapide, après une simple ponction exploratrice, qu'il n'est pas besoin de thoracentèse.

La durée de l'épanchement peut cependant être

plus longue que nous ne l'indiquons, et l'observation XXIII nous montre que le malade a gardé un épanchement pendant plus de deux mois avant son entrée à l'hôpital. La persistance de cet épanchement n'était-elle pas causée par des lésions subaiguës, puisque, au moment de la ponction, l'épididyme et le cordon étaient durs, gros, douloureux ? Cet épanchement abondant était une véritable hydrocèle, symptomatique, il est vrai, mais la production de l'hydrocèle idiopathique n'est-elle pas due à une infection ?

Percival Pott, Gendrin, Nélaton, Panas et Reclus n'ont-ils pas, les uns entrevu, les autres prétendu que l'hypersécrétion de la vaginale est déterminée, le plus souvent, par une lésion de l'épididyme. Qu'une infection prolongée de l'épididyme retentisse sur la vaginale qui l'entoure, y provoque de petits kystes lenticulaires, ou d'autres lésions d'inflammation chronique, et alors l'hypersécrétion de la séreuse s'établit, persiste, même lorsque la lésion causale a disparu.

L'inflammation, aiguë ou chronique, « patente ou latente », pour employer l'expression de M. le professeur Reclus, est la genèse unique de l'hydrocèle.

Cette digression en dehors du sujet qui nous occupe n'aurait aucune raison d'être, si nous ne voulions rappeler qu'il n'existe qu'une légère différence entre les liquides de l'hydrocèle et l'examen de certains liquides de vaginalite. La grande différence réside dans la présence des formes microbiennes.

A la disparition de la douleur et à l'arrêt de développement de l'épanchement se joint une chute des phénomènes thermiques. Sans nous occuper, à cette place, de la pathogénie de l'épididymite avec vaginite, ou de différentes formes cliniques de l'affection, nous montrons que la température des malades est favorablement influencée par le fait de la ponction de la vaginale, et, si l'on se reporte à nos observations, ne peut voir que la ponction a été suivie d'un abaissement de température marqué, et souvent très appréciable. Cette chute thermique n'aurait aucune valeur si elle se produisait quelques jours après la ponction. On pourrait, en effet, nous objecter dans ces cas, et avec juste raison, du reste, que la température tombe d'elle-même, les phénomènes aigus diminuant, et le malade allant vers la guérison. Mais la diminution et quelquefois la disparition de la fièvre a coïncidé avec la cessation des douleurs : c'est dire qu'elle a été immédiate. Dans quelques cas, même, la température, prise deux heures après la ponction, montrait une différence notable qui, une fois, se traduisit par un écart de deux degrés.

On pourra peut-être nous objecter encore que les phénomènes thermiques s'amendent sous l'influence du repos au lit auquel on soumet le malade, mais nous voyons dans une de nos observations que la ponction n'ayant été faite que quelques jours après l'admission à l'hôpital, le repos n'avait eu aucune influence sur la température; bien plus, un autre malade étant entré sans fièvre, les phénomènes ther-

TABLEAU DE BOHM

Initiales	Durée	Température avant la ponction	Température après la ponction	Disparition des douleurs provoquées par la pression	Dispari- tion du gonfle- ment	
R. R.	7	39,3	37	3 jours		
D. J.	2	40,2	37,6	10 »		
P. R.	4	39,7	37,8	7 »		
K. S.	6	38,3	37,5	6 »		
D. J.	1	38,8	37	12 »	12 jours	3 ponction
Z. F.	1	38,9	36,9	9 »	9 »	2 »
N. J.	8	39	37,2	6 »		
R. J.	4	39,6	37,3			
P. C.	1	38	37	4 »		
E. S.	8	37,9	37	5 »		
Z. J.	4	38,4	38	6 »		
Z. J.	8	37,9	37,3	6 »	8 »	
N. K.	14	36,5	36,5	2 »	3 »	
K. W.	10	37	37	6 »		
Th. F.	10	38,9	38,8	8 »	8 »	
D. J.	2	37,4	37,3	10 »	8 »	2 »
	3	36,6	37		12 »	3 »
T. A.	20	37,1	37	6 »	6 »	
F. J.	5	37	37	4 »		
H. E.	7	37	37	6 »		
V. J.	3	39,4	38,5	6 »	6 »	
			36			
D. S.	4	37,8	37	4 »	9 »	
B. J.	5	39,2		5 »	5 »	2 »
C. K.	7	38,7	37	6 »	7 »	2 »
P. G.	5	38,2	36,7	2 »	10 »	2 »
P. J.	2	38,7	36,5	7 »	14 »	
V. F.	14	39	36,8	6 »	6 »	
S. A.	2	36,6	36,7	10 »		
Z. A.	20	37,6	37	3 »	16 »	
H. J.	7	38	1,37,9	6 »	8 »	3 »
			2,37,2			
		38,2-37,2	3,36,6			
K. R.	3	37	37	3 »	3 »	
B. T.	7	38,4	1,37,7			
		37,2 (8)	11,36,7 (10)	9 »	12 »	2 »
A. R.	7	37	37	7 »	9 »	
E. J.	2			4 »	6 »	
D. E.	3			4 »	14 »	
K. W.	4			5 »	6 »	
Z. J.	5			4 »	5 »	
V. F.	2			2 »	4 »	
Sch. W.	6	39	37,6	10 »	10 »	

miques ont fait leur apparition pendant le repos, rétrocedant ensuite devant la ponction.

Ce bienheureux effet de la ponction de la vaginale sur la température a fait l'objet d'une étude de la part du Dr Bohm, de Prague.

Dans les cas examinés et dont nous reproduisons le tableau ci-dessous, la fièvre tombait si rapidement dit l'auteur, qu'un retour à la normale put être observé après une ou deux heures, au plus tard le lendemain et ne fut jamais suivie d'une nouvelle ascension. Nous n'avons pas de faits aussi probants et ne sommes pas aussi affirmatifs sur l'instantanéité de la disparition de la fièvre. Bohm, lui-même, revient un peu sur ses dires, en annonçant plus loin que, si la chute de la température, ou la diminution de la douleur ne survenait pas, une nouvelle ponction était faite, qui, cette fois, suffisait pour ramener la température à la normale.

Si la disparition de la douleur s'explique du fait de la décompression, de la diminution de la tension vaginale, il n'est pas douteux, à notre avis, que la chute de la température qui se produit simultanément ne reconnaisse la même cause. Sous l'influence de la tension vaginale, de plus en plus grande, par suite de la production incessante de la sécrétion de la séreuse il passe dans la circulation générale du liquide toxique, soit par les microbes qu'il contient, soit par les toxines élaborées par ces derniers, d'où l'élévation de température.

La ponction diminuant la tension intra-vaginale,

le liquide cesse d'être absorbé aussitôt que produit, d'où diminution de la fièvre.

Sous l'influence de la décompression et de la décongestion, les éléments anatomiques réagissent alors normalement ; la défense s'organise, et il n'intervient plus de phénomènes d'absorption. Le liquide vaginal passe bien encore cette fois dans la circulation générale, mais de façon moindre, les microbes et leurs toxines étant détruits par l'action des leucocytes. Il interviendrait donc deux facteurs : l'infection et la tension du liquide. La disparition du dernier facteur ne diminue pas l'infection locale, mais aide à la combattre localement, sans retentissement sur l'organisme.

Il serait intéressant d'examiner le sang des malades avant et après la ponction, de cultiver à sang pour voir si l'on n'y trouve pas les mêmes microbes que dans le liquide intra-vaginal. Nous n'avons pas étudié ce point de la question. Nous ne considérons ce mécanisme dans la chute de la température que comme une hypothèse, non pas seulement possible, mais bien probable.

A défaut de la vérification de l'hypothèse précédente, doit-on penser que la seule soustraction d'un liquide inflammatoire et microbien fasse disparaître la fièvre, comme fait l'incision d'un abcès ? Cela nous paraît bien sujet à caution, car nous n'avons jamais vidé complètement la vaginale, et il est resté certainement toujours, dans le résidu, du liquide, et, dans les fausses membranes, des produits micro-

biens. Cela n'expliquerait pas non plus les faits où la fièvre a disparu, bien que la ponction n'ait ramené d'autre liquide qu'un peu de sang. Il faut en revenir, croyons-nous, à l'hypothèse que nous avons émise, et qui se trouve en accord avec les cas où la chute de la température se produit, alors même que l'épanchement persiste.

Il semble plus difficile, cependant, d'expliquer les cas où la ponction, infructueuse par suite de l'absence de liquide, n'a ramené que du sang. Et c'est pourtant dans ces cas que la chute de la température est la plus marquée, car il n'y a aucun rapport entre l'intensité de la fièvre et la quantité de liquide contenu dans la vaginale. Il nous semble bien, avec Bohm, qu'une voie plus commode de résorption des exsudats inflammatoires a été créée par les trajets des différents points de ponction.

Ajoutons cependant encore que la diminution de tension semble bien la cause de la chute de la température, pour cette raison que la ponction du tissu épидидymaire, malgré la douleur qu'elle cause momentanément, et bien qu'elle ne ramène que du sang, produit les mêmes résultats. Chez le malade dont l'observation porte le numéro 22, la température atteignait 40 degrés, et après avoir ponctionné infructueusement la vaginale, la ponction de l'épididyme, répétée deux fois, ne ramène que du sang. La température est retombée à la normale le lendemain matin, et les lésions inflammatoires ont diminué considérablement, sans qu'à aucun instant, on ait pu

décèler du liquide dans la vaginale. La ponction de l'épididyme soulage donc les malades au même titre que la ponction vaginale, mais nous n'érigerons pas cette méthode en principe, et nous dirons pourquoi tout à l'heure.

Baermann, qui rapporte le résultat de la ponction pratiquée sur 28 épидидymes dit que les douleurs diminuent rapidement et disparaissent pour ne plus revenir, en même temps que la température redevient normale. Ce résultat nous étonne moins, certes, que l'affirmation de cet auteur qui, dans ces 28 cas, aurait trouvé des abcès de l'épididyme et dans lesquels une simple ponction aurait suffi à arrêter le retentissement sur tout l'organisme, en faisant disparaître la fièvre.

Il nous parait donc établi maintenant que la ponction, dans l'épididymite blennorrhagique, est un bon moyen thérapeutique. Nous allons essayer d'en préciser les indications.

Tout d'abord, nous réserverons l'épididymotomie aux cas d'épididymites suppurées, avec symptômes généraux présentant quelque gravité. Mais, en dehors de ces cas, l'épididymotomie ne nous parait pas devoir être employée, à cause des douleurs atroces que cette intervention cause au malade.

Escat, grand partisan de l'épididymotomie, lorsqu'il se demande si ce remède n'est pas pire que le mal, semble bien être demeuré sous l'influence de l'objection suivante : « On peut rapprocher de la cicatrisation post-opératoire de l'épididyme les faits

de rétrécissement traumatique de l'urèthre, et en inférer que la guérison de l'incision donnera exactement le même résultat que si l'on avait laissé la lésion évoluer pour son propre compte. »

En admettant que cette objection ait une valeur réelle, nous estimons qu'il est préférable d'inciser toujours une collection purulente, là où elle siège, fût-ce dans l'épididyme, et même si l'intervention opératoire ne donnait d'autre résultat que l'évolution de la lésion livrée à elle-même. Cela aurait toujours servi à gagner du temps.

En dehors de ces cas où la présence du pus est soupçonnée dans l'épididyme, nous pratiquerons la ponction de la vaginale, parce qu'elle donne des améliorations identiques, avec des douleurs beaucoup moindres.

Mais nous ne conseillerons pas non plus la ponction de la vaginale, lorsque l'épididymite en cause est peu douloureuse, apyrétique, lorsque l'épanchement est insignifiant.

L'abstension sera encore de règle lorsque l'épididymo-vaginalite, déjà ancienne, sera en voie de régression.

Il n'en sera pas de même lorsqu'on se trouvera en présence d'une orchite à gros épanchement. Ces trois conditions peuvent se trouver réunies chez le même malade ; elles peuvent exister aussi isolément.

Nous ajouterons encore, comme indication à la ponction, la persistance du liquide sans tendance à la résolution spontanée.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Orchi-épididymite double avec vaginalite.

C..., garçon épicier, entré le 16 mai 1904 à Lariboisière.

Entré dans le service, salle Civiale, pour une épididymite gauche datant de huit jours. Ecoulement datant d'un mois. Pas de traitement. Température 38°4.

Ponction de la vaginale, le 20 mai, au soir. 2 centimètres cubes de liquide.

Le lendemain, 21 mai : température 37°2 le matin 37°6 le soir.

Les jours suivants, le malade présente des phénomènes thermiques ; il atteint 39°5 le soir.

29 mai. — On constate une épididymite droite avec épanchement dans la vaginale. Il y a de la funiculite.

L'épididymite gauche paraît guérie ; il y a un peu de dureté, on ne perçoit plus de liquide.

Ponction de la vaginale le 30 mai ; on retire à peine un centimètre cube de liquide séro-sanguin.

31 mai. — Température 37°2, le soir.

OBSERVATION II

Urétrite gonococcique. — Epididymite droite avec épanchement dans la vaginale.

E... Eugène, vingt et un ans, entré le 7 juin 1904, salel Civiale.

Ecoulement datant du 20 mars 1904.

Troisième blennorragie depuis un an.

Le malade s'est soigné. Epididymite droite depuis le 4 juin.

Pas d'aspect particulier du scrotum, si ce n'est une augmentation de volume à droite. La peau est normale, sans changement de couleur. On sent nettement de la fluctuation dans la vaginale.

Douleur modérée.

Funiculite pas très douloureuse à la palpation.

Le testicule n'a rien.

Pas de température.

Ponction de la vaginale, le 8 juin.

On retire 2 centimètres cubes de liquide extrêmement louche.

Disparition de la douleur deux jours après. Le malade sort de l'hôpital.

OBSERVATION III

Urétrite gonococcique. — Epididymite subaiguë et vaginale gauche. — Hernie inguinale droite.

B... Auguste, cinquante ans, entré le 7 juin 1904.

Ecoulement datant de trois mois, traité par des lavages

au permanganate de potasse et par ingestion de santal.

Douleur légère à la miction, fréquence normale. Orchi-épididymite gauche depuis trois semaines.

Douleur du testicule. Augmentation de volume.

Actuellement, masse à gauche, dans le scrotum, du volume d'un œuf. Vaginale distendue par du liquide ; résistance.

A la partie postéro-inférieure, masse dure, probablement l'épididyme.

Ponction de la vaginale, le 3 juin.

Deux centimètres cubes de liquide citrin.

Le malade, trois jours après, voit son liquide à peu près disparu. Pas de douleurs.

OBSERVATION IV

*Urétrite gonococcique. — Epididymite gauche.
Funiculite.*

P... Jules-Camille, vingt-quatre ans.

Entré salle Civiale, le 14 juin 1904.

Blennorrhagie en 1897. Orchite gauche, un an après, sans avoir eu de phénomènes aigus. Recommence à couler le 2 juin 1904 (Traitement hygiénique, pas de traitement local).

Epididymite gauche le 9 juin.

Tuméfaction volumineuse, la peau est rouge et chaude, funiculite. Adénopathie gauche. Épanchement assez abondant. Douleurs assez vives. Température 39°5.

Ponction, le 15 juin. — On retire une seringue de 2 centimètres cubes de liquide séreux ; il vient aussi du sang par la piqûre d'un vaisseau.

Le lendemain de la ponction, c'est-à-dire le 16 juin, la température qui était la veille au soir de 39°5 est redescendue à 37°4. Elle oscille jusqu'au 27 juin, jour de la sortie, entre 37 et 36 degrés. Noyau épидидymaire, plus de liquide. La douleur diminue avec la chute de température. Sorti guéri le 27 juin. Noyau épидидymaire.

OBSERVATION V

Épididymite gauche gonococcique

G. B..., vingt-deux ans, entré le 15 juin 1904.

Écoulement datant de deux mois.

Fréquence de la miction normale. Douleurs en urinant. Testicule gauche, douloureux et gonflé depuis quatre jours.

Épididyme gros, douloureux, induré. On sent peu d'épanchement. La peau est rouge, tendue, chaude. Beaucoup de douleurs. La température est de 40°7.

Ponction le 15 juin, 1 centimètre cube de liquide séreux, louche, sanguinolent.

Après la ponction, la température tombe à 38°8 ; le lendemain matin, puis le soir à 38°9, pour arriver à 38 degrés. On constate un léger œdème de la face, siégeant au niveau de l'aile gauche du nez ; cet œdème disparaît le lendemain. Pas de lésion cutanée. L'épanchement se résorbe très rapidement, et les douleurs disparaissent dès le lendemain de la ponction.

Le malade sort sur sa demande le 20 juin. On sent un noyau induré dans l'épididyme bien diminué de volume.

OBSERVATION VI

Épididymite droite. — Prostatite

B... Charles, seize ans, entré le 16 juin 1904.

Épididymite droite et prostatite datant de dix jours. Scrotum gros, rouge, peu résistant. Enflure des bourses, datant de huit jours. Épididyme gros, induré, bosselé, très douloureux surtout au niveau de la queue.

Blennorragie en janvier 1904, traitée par lavages au permanganate de potasse.

La température le jour de l'entrée est de 39°5. Le malade est ponctionné le 16 juin dans l'après-midi ; on retire 6 centimètres cubes de liquide sanguinolent.

L'épanchement paraît avoir disparu en entier. La température est tombée à 37°8 après la ponction ; elle est normale trois jours après la ponction. Les douleurs ont diminué parallèlement. On sent un noyau dans l'épididyme.

Le malade sort le 23 juin.

OBSERVATION VII

Orchi-épididymite droite avec gros épanchement

G... Eugène, charretier, quarante et un ans, entré salle Civiale le 1^{er} juillet 1904.

Une blennorragie, il y a dix-huit ans. Blennorragie datant d'environ un mois. Douleur et fréquence de la miction. Traitement par le santal. Orchi-épididymite se produisant il y a seize jours, débutant par douleur et tuméfaction des

bourses. Le malade n'a pas constaté de changement de couleur de la peau du scrotum. Écoulement urétral encore assez abondant, n'a pas diminué au moment de la production de l'orchite.

Examen. — Scrotum présentant à droite une tumeur du volume d'une petite orange nettement fluctuante, peu douloureuse à la pression. L'épididyme dur seul est très sensible. La peau est de coloration normale, mobile sur le testicule sous-jacent. Le cordon paraît normal, n'est pas douloureux.

Rien à la prostate, ni à la vésicule.

3 juillet. — Ponction de 6 centimètres cubes de liquide. Il s'écoule ensuite par l'aiguille laissée en place environ 65 centimètres cubes de liquide recueilli. Ce liquide est clair, citrin, sans filaments. La tumeur liquide, après la ponction, a le volume d'un œuf.

5 juillet. — Le scrotum a bien diminué de grosseur. A la partie antérieure du testicule gauche, on sent une poche nettement fluctuante, peu tendue par le liquide. En arrière, l'épididyme recouvrant le testicule de consistance très molle. L'épididyme, très gros de la tête à la queue, bien moins douloureux à la pression.

6 juillet. — Nouvelle ponction de 2 centimètres cubes de liquide ayant les mêmes caractères macroscopiques.

Le malade sort le 10 juillet. L'épanchement a considérablement diminué, les douleurs à la pression ont disparu. Épididyme encore dur. La température est revenue à la normale. Avant la ponction première, le malade avait 39 degrés ; il a oscillé entre 38 et 39 jusqu'à la deuxième ponction, à partir de ce moment, température normale.

Nous avons eu l'occasion de revoir le malade trois semaines après sa sortie de l'hôpital. Il existait un noyau épидидymaire pas très gros, non douloureux.

OBSERVATION VIII

Épididymite gauche. — Blennorragie avec vaginalite

J... Abel, employé au Nord, vingt-huit ans.

Entré le 2 juillet 1904.

Blennorragie datant de quinze jours. Dix jours après le début de l'écoulement, douleur et gonflement dans le scrotum. Pas de traitement de la blennorragie. L'écoulement diminue presque en même temps. Le malade entre à l'hôpital quatre jours après pour grandes douleurs dans le scrotum et difficulté de marcher.

Jamais de blennorragie antérieure. Douleur en urinant, fréquence de la miction, toutes les demi-heures environ. Le scrotum est gros à gauche. La peau est rouge et violacée, recouvrant une tumeur grosse comme un œuf. Cette tumeur est très dure, très douloureuse. On sent de la résistance, mais pas de fluctuation nette.

L'épididyme et le testicule forment un bloc difficile à différencier. La prostate est un peu grosse, ferme, non douloureuse. Le cordon est douloureux.

Ponction le 3 juillet. Il y a peu de liquide dans la vaginale. On retire un centimètre cube environ de liquide séro-sanguinolent. La ponction est douloureuse.

Examen direct. — Hématies, leucocytes polynucléaires,

nombreuses cellules plates, quelques cocci. Rien de net comme microbes.

La température est de 39°3 le jour de l'entrée; elle est de 37°4 le lendemain de la ponction.

5 juillet — Le testicule a gardé à peu près le même volume, mais il est moins douloureux à la palpation. La peau est toujours rouge, mais est beaucoup plus mobile sur le testicule sous-jacent.

La température remonte à 38 degrés et au-dessus jusqu'au 8 juillet. On s'aperçoit que le malade a une éruption granitée rouge de la région génitale remontant jusqu'à l'ombilic et dont la cause n'a pu être définie. La température tombe avec l'effacement de l'éruption.

Malade sorti le 11 juillet. Le testicule n'est pas douloureux, l'épididyme est dur dans son ensemble. Il ne paraît plus y avoir d'épanchement.

OBSERVATION IX

Blennorragie. — Épididymite droite

R... Jean, dix-huit ans. Entre salle Civiale, le 5 juillet 1904. Écoulement datant de trois semaines. Miction très douloureuse pendant une semaine environ. Il y a quinze jours environ, gonflement et douleur du testicule droit.

Testicule très douloureux à la pression et augmenté de volume.

Épididyme très gros, très dur, douloureux.

Testicule de consistance normale, on ne sent pas de fluctuation nette.

La peau est de coloration normale, très mobile sur la profondeur.

Rien au canal déférent.

Température 40°2.

Le malade part le surlendemain de la ponction, avec 37°6 et 38 degrés le soir et une grande diminution des douleurs.

Examen du pus urétral. — Gonocoques et gros diplocoques.

Il semble, en effet, qu'il y ait deux sortes de diplocoques car, après le Gram, on trouve une diminution considérable du nombre des diplocoques. Les diplocoques non décolorés par Gram sont assez rares.

OBSERVATION X

Blennorrhagie. — Épididymite double à bascule

R... Raymond, vingt et un ans, cartonnier.

Entré salle Civiale, le 11 juillet 1904.

Blennorrhagie depuis le 2 juillet. Balano-posthite le deuxième jour. Le malade dit n'avoir jamais eu aucun rapport. L'écoulement examiné à la consultation externe décelé du gonocoque net.

Traitement. — Lavages au permanganate de potasse et instillations sous-préputiales.

10 juillet. — Au matin, le malade a de grandes douleurs dans l'aine droite. Il s'aperçoit que le scrotum du côté droit est augmenté de volume et est très douloureux. Entre à l'hôpital.

Le malade présente un scrotum augmenté de volume, sur-

tout à droite où la peau est rouge et lisse sans être cependant très tendue.

On sent l'épididyme augmenté de volume et très douloureux à la pression (spontanément aussi).

Le testicule est dur et paraît aussi augmenté de volume, la peau glisse mal au-dessus de lui. Toute la masse est dure et l'on n'a pas la sensation de fluctuation.

Température 39°2.

12 juillet. — Ponction de 1 cmc. 1/2 de liquide jaune très louche. Le malade sent cesser ses douleurs presque immédiatement.

Température 37°8 matin, 37°8 le soir,

13 juillet. — 37°4 matin, 37°6 le soir.

15 juillet. — Le scrotum est encore rouge, mais l'intensité de la coloration a diminué. La peau se plisse sur le testicule; celui-ci est moins douloureux. L'épididyme présente encore un gros noyau.

À gauche, le scrotum n'a pas changé de couleur, mais l'épididyme semble un peu augmenté de volume au niveau de la queue. Douleur spontanée supportable, mais provoquée assez intense. Peu de liquide dans la vaginale.

Rien au canal déférent.

Température, le 16 au soir, 39°2, le 17 au matin, 38°6, le soir, 39°2.

Ponction le 17 juillet, à gauche.

Chute progressive de la température qui atteint et ne dépasse plus la normale le troisième jour.

OBSERVATION XI

Blennorragie. — Orchi-épididymite droite

J... Marius, dix-huit ans, tourneur.

Entré salle Civiale, n° 3, le 14 juillet 1904.

Blennorragie depuis six semaines. Traité par injections au permanganate de potasse et sulfate de zinc. L'écoulement était très diminué lorsque le 7 juillet, le malade éprouve de violentes douleurs dans l'aîne droite et dans le bas-ventre. Ces douleurs l'empêchent de faire manœuvrer son tour.

Il s'aperçoit que le scrotum à droite est augmenté de volume et atteint le volume actuel en une journée. Le testicule droit est comme un gros œuf. Le malade travaille le lendemain, mais est obligé de s'arrêter le troisième jour, les douleurs étant extrêmement violentes. Elles ont diminué beaucoup par le repos. Le malade dit avoir eu de la fièvre.

Température 39° 6.

15 juillet. — Scrotum normal à gauche, à droite, scrotum déplissé, rougeâtre; la peau paraît adhérente aux parties profondes. Épididyme dur dans son ensemble et difficile à distinguer du reste de la tumeur. Sensation plus molle à la partie antérieure; le testicule probablement. Pas de sensation de fluctuation. Cordon douloureux. Tout cet examen est extrêmement douloureux.

La prostate n'est pas grosse, douloureuse à une pression un peu forte

Température 38 degrés.

Examen de l'écoulement urétral. — Gonocoque. Diplo

coques. Ponction le 15 juillet, 2 centimètres cubes de liquide jaunâtre, très trouble. Dès la ponction, les douleurs disparaissent, même les douleurs à la palpation.

Température 37°8 après ponction. Baisse progressivement les trois jours suivants, normale le quatrième jour.

Sorti le 19. Il n'y avait plus de liquide dans la vaginale, ni de noyau épididymaire.

OBSERVATION XII

Épididymite blennorragique gauche

R... Robert, vingt ans, garçon de café.

Entré salle Civiale, le 13 juillet 1904.

Blennorragie depuis 1900. Goutte tous les matins. Entre en traitement le 6 mars 1904. Jusqu'au 12 juillet: dilatation, instillations. A la consultation externe, on ne constatait pas de gonocoques dans l'écoulement. A la suite d'un rapport blennorragique, le 3 juillet, écoulement à gonocoques constaté. Miction toutes les heures, un peu de sang à la fin.

12 juillet. — Au matin, douleur dans la région de l'aîne gauche et du testicule de même côté. Douleurs spontanées durables, sans exacerbation. Entre à l'hôpital après une instillation vésicale d'azotate d'argent faite en ville.

15 juillet. — Écoulement urétral, cellules épithéliales desquamées, gonocoque et diplocoque pseudo-gonocoque (entérocoque) non décoloré par Gram.

Cet écoulement ensemencé sur milieu simple donne de l'entérocoque et du staphylocoque blanc. Le scrotum est augmenté de volume à gauche, la peau est rouge mais non

tendue, plissée, le testicule fait corps avec l'épididyme, le tout est de la grosseur d'un petit œuf. La tumeur est très douloureuse à la palpation. On sent un noyau épидидymaire assez gros, mais pas extrêmement dur.

Pas de sensation de fluctuation. Rien au canal déférent ni à la prostate.

Température 38° 8.

Ponction le 15 juillet, 1 centimètre cube de liquide louche, jaune foncé, avec filaments.

Température le soir 38° 2.

Examen direct, sous-centrifugulose : quelques polynucléaires, quelques cellules.

Température normale le 16, 37° 2.

Le malade sort le 20 juillet. L'épanchement a disparu.

Le scrotum est très diminué de volume.

OBSERVATION XIII

Blennorragie. — Orchi-épididymite gauche

N... Eugène, palefrenier, trente-quatre ans.

Entre le 15 juillet 1904, salle Civiale 24.

Écoulement depuis trois semaines. Traitement interne, pas de traitement externe. Vient consulter le 11 juillet pour enflure douloureuse de la partie gauche des bourses.

Examen de l'écoulement urétral.

Cellules épithéliales, leucocytes, nombreux microbes banaux.

Fréquence des mictions (5 à 6 fois par jour, 1 à 2 la nuit.)

Douleur à la miction nulle.

Prostate un peu volumineuse, non douloureuse à la pression.

Rien au canal déférent, normal, non douloureux.

Testicule gauche. Peau rouge paraissant tendue, lisse et adhérente aux tissus sous-jacents. Épидidyme volumineux, induré, bien accolé au testicule qui paraît augmenté de volume dans son ensemble, le tout du volume d'un petit œuf. Sensation résistante de la tumeur, non fluctuante. Douleur vive à la palpation.

Température, 39°6.

Ponction le 15 juillet. Ponction à quatre endroits différents sans retirer autre chose que du sang. Le testicule a été piqué certainement deux fois, car on a eu la sensation d'un obstacle, le malade, en même temps accusait de la douleur.

Chute de la température le jour même 38°8.

Nous n'avons pasensemencé le liquide sanguin retiré par ponction.

16 juillet. — Au matin 37°4, le soir 37°5.

17 juillet. — Normale 37°1.

19 juillet. — Bourses très diminuées de volume, mais encore un peu rouges. Testicule nettement senti, mais distinct de l'épидidyme qui est encore un peu dur. Plus de température. Absence complète de douleur, même provoquée.

25 juillet. — Sortie du malade. Noyau épидidymaire non douloureux.

OBSERVATION XIV

Blennorrhagie. — Orchi-épидidymite gauche

L... Adolphe, imprimeur, vingt-huit ans.

Entré salle Civiale, le 18 juillet 1904.

Blennorrhagie il y a onze ans, récidive deux fois. La dernière fois il y a trois ans, ne se serait pas aperçu d'une goutte. Souffre depuis le 13 juillet du testicule gauche qui est enflé. Ganglions de l'aîne gauche augmentés de volume, mais non douloureux.

Écoulement urétral examiné à la consultation externe.

Quelques microbes banaux. Testicule gauche augmenté de volume, de la grosseur d'un œuf, épидидyme gros et dur, très douloureux, présente deux noyaux de consistance plus ferme, l'un à la queue, l'autre à la tête.

Rien au canal déférent.

Prostate peu volumineuse, normale, non douloureuse.

Température : le 18 juillet, 38°5, le 19, 39 degré le matin, 38°2 le soir.

20 juillet. — 37°8 le matin, 37°4 le soir, le 21, 37 degrés.

Ponction le 18 juillet au soir. La peau du testicule est normale, sans changement de couleur, bien mobile sur les parties profondes. A l'inspection, on voit que le scrotum est augmenté de volume, mais sans pouvoir dire autre chose.

Douleur peu intense à la pression, sensation de pesanteur, fluctuation assez nette.

On retire par la ponction un peu plus de 2 centimètres de liquide jaunâtre, citrin, un peu louche.

Sort le 23 juillet.

OBSERVATION XV

Blennorrhagie. — Orchi-épididymite gauche.

B... Antoine, commis épiciier, vingt-trois ans.

Entré le 3 septembre 1904, salle Civiale.

Première blennorragie datant du 25 août, rien antérieurement. Soigné par opiat et injections au permanganate de potasse.

Orchite droite le 2 septembre 1904. Orchite gauche le 3 septembre. Début par une douleur du testicule gauche. Le malade dit s'être senti très malade les deux premiers jours avec fièvre, embarras gastrique. Température : 37°5.

Le lendemain, 37 degrés jusqu'à la sortie.

A l'entrée dans le service, le scrotum est gros et rouge foncé à gauche, la peau est ridée, non lisse ; le testicule et l'épididyme ont le volume d'un œuf de poule. On ne peut les distinguer l'un de l'autre. Le tout est un peu douloureux à la pression. Douleur le long du cordon. Sensation de résistance plus que de fluctuation lorsque le scrotum est tendu.

Cordon douloureux, ne paraissant pas augmenté de volume.

Rien à la prostate, ni aux vésicules séminales.

Du côté droit, on sent un léger noyau de la queue de l'épididyme, pas de douleur.

Température : 37°5.

Examen du pus urétral. — Leucocytes et gonocoques probables. Diplocoques non décolorés par Gram et quelques bacilles indéterminés.

Ponction le 3 septembre. 1 centimètre cube de liquide louche, jaune foncé, d'apparence trouble.

Examen direct. — Leucocytes, polynucléaires, quelques cocci.

Le malade sort le 6 septembre. On ne constate plus d'épanchement. La douleur est diminuée, sinon disparue. Le testicule est bien distinct de l'épididyme encore dur.

OBSERVATION XVI

Epididymite blennorragique droite avec vaginalite.

R... Étienne, vingt-huit ans, garçon de magasin.

Entré salle Civiale, le 7 octobre 1904.

Antécédents personnels. — Il y a trois ans, blennorragie qui n'a jamais complètement guéri, et laisse le malade sujet à des courbatures et à des douleurs dans les jambes, les reins, les aînes.

Il y a deux ans et demi s'installe une constipation rebelle, avec céphalée. Vers la même date, orchite droite, soignée à Cochin par des compresses d'extrait de saturne et durant quinze jours.

Il y a six semaines, à la suite d'excès de coït, la blennorragie récidive.

Il y a six jours (4 octobre), après quelques instillations, la bourse droite enfle et devient douloureuse pendant la nuit.

A son entrée, le malade présente une rougeur diffuse du scrotum droit; la peau est adhérente dans la portion externe de la moitié supérieure de la bourse, augmentée de volume et grosse comme une pomme moyenne.

A la palpation, on perçoit une masse dure et douloureuse à la pression, où on ne peut faire exactement la part du testicule et de l'épididyme. En un point qui semble correspondre à la queue de celui-ci, on sent un noyau plus dur, gros comme une petite noisette, reliquat de la première orchite.

Le cordon ne semble pas hypertrophié : actuellement il n'est pas douloureux, mais le malade affirme des douleurs

dans la région inguinale, durant les deux ou trois premiers jours de son affection. Il existe trois ou quatre petits ganglions durs et indolents dans la région inguinale droite.

Le toucher rectal montre une prostate assez volumineuse, étalée, de consistance dure à droite, ferme à gauche.

Le lobe droit est plus gros, plus saillant que le lobe gauche.

Le lobe gauche est douloureux à la pression.

Réflexe uréthro-vésical du côté gauche.

Fluctuation très nette de la vaginale.

Au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, le scrotum était rouge et la peau plissée à droite.

Le testicule et l'épididyme faisaient corps, étaient douloureux, mais il n'y avait pas de sensation de fluctuation. C'est pourquoi le malade n'a pas été ponctionné. Température : 37°8.

Le lendemain, douleurs plus vives, le scrotum augmente de volume, la température s'élève ; c'est alors qu'on fait la ponction, car on sent nettement du liquide.

Température : 38 degrés le matin, 38°6 le soir.

Ponction, le 8 octobre. — 6 centimètres cubes. Chute de la température, diminution du volume des bourses.

Température, le 9 octobre : 37°6 le matin, 37°2 le soir.

Température, le 11 octobre : 38°8 le soir.

Température, le 12 octobre : 39°8 le matin, 39°4 le soir.

Température, le 13 octobre : 38 degrés le matin, 38 degrés le soir.

Température, le 14 octobre : 37°4 le matin, 37°2 le soir.

12 octobre. — Nouvelle ponction de 2 centimètres cubes, la température du malade s'étant élevée ; il y a des douleurs. Aussitôt chute de la température.

Gonocoques en petit nombre intra et extra-cellulaires. Cocci abondants. On trouve encore des diplocoques après décoloration par Gram.

Ponction, le 8 octobre. — On retire 6 centimètres cubes de liquide jaune clair, transparent, dans lequel on voit quelques flocons blanchâtres.

Le malade sort le 16 octobre. Il n'y a plus d'épanchement, plus de douleurs. Noyau dur, localisé à la tête de l'épididyme, un peu douloureux à la pression.

OBSERVATION XVII

Orchi-épididymite double avec vaginalité

L... vingt-huit ans, employé au Nord.

Entré salle Civiale le 9 octobre 1904.

Antécédents héréditaires. — Mère morte il y a quelques années d'une hydropisie au cœur ? Père âgé de soixante-dix ans, bien portant. Deux sœurs mariées, bien portantes, ayant des enfants. Cinq autres frères ou sœurs morts d'affections diverses ou inconnues.

Antécédents personnels. — Sujet aux angines. Porte des amygdales volumineuses.

Vient pour une orchite double. Il y a un mois (vers le 10 septembre), le malade commence une blennorrhagie qui n'a coulé abondamment que pendant quinze jours, soignée seulement par quelques précautions hygiéniques.

5 octobre. — Au matin, le malade se sent fatigué. Il a des frissons, reste au lit, et, comme il est constipé depuis

trois jours, ressent des douleurs au bas ventre, il se purge et s'applique des cataplasmes sur l'abdomen.

7 octobre. — Il constate en se levant, au matin, une enflure et une sensation de tension, de tiraillement des bourses.

9 octobre. — Au matin, les douleurs deviennent très vives, surtout à gauche. Le malade se décide à entrer dans l'après midi à l'hôpital.

Les bourses sont augmentées de volume et atteignent la grosseur d'un poing d'enfant. La peau en est uniformément rouge ; elle est tendue, écailleuse, légèrement adhérente dans la profondeur en dehors et en bas, surtout à la bourse gauche.

A droite, la palpation permet de distinguer le testicule, à peu près normal comme volume et comme sensibilité, de l'épididyme dont la queue douloureuse atteint le volume d'une très grosse noisette. Sa consistance est dure.

Le cordon est senti, comme un tube de consistance ferme, du calibre d'un petit crayon. Il est sensible, point très douloureux.

A gauche, à côté du testicule resté à peu près sain on trouve un épididyme dont la queue et aussi le corps sont très indurés. La queue de l'épididyme a ici le volume d'une petite noix. La palpation éveille une douleur très vive.

Le cordon, un peu moins volumineux qu'à droite est du calibre d'une plume d'oie ; il est sensible.

On ne sent pas de ganglions inguinaux. La prostate est petite, de consistance ferme, douloureuse à la pression sur toute sa surface.

Le pus urétral est encore épais et verdâtre.

Température 38°2.

10 octobre. — Une double ponction vaginale amène un soulagement considérable à la douleur et une certaine diminution de tension locale.

11 octobre, température 37°4 le soir.

OBSERVATION XXIII

Orchi-épididymite gauche avec vaginalite.

B... Charles, vingt-sept, ans plombier, entré salle Civiale, le 12 octobre 1904.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant.

Mère morte à trente-sept ans, après une fausse couche au cours de sa septième grossesse et probablement phthisique

Trois sœurs mariées, bien portantes, ayant des enfants.

Un père bien portant.

Antécédents personnels. — A l'âge de douze ans, blennorragie dont il ne se rappelle pas la durée.

A l'âge de quinze ans, il fait une chute du quatrième étage, reste deux heures évanoui, et est pris plusieurs semaines après d'une crise d'épilepsie ; les crises reparaissent à des intervalles de temps variables, et toujours, dit-il, lorsqu'il perd pied et manque de tomber. Il en a eu une dizaine depuis son accident.

A diverses reprises, il s'est fait des fractures en tombant de diverses hauteurs, en état d'éthylisme aigu. Vient pour une orchite gauche.

Il y a quatre semaines (15 septembre), le malade pratique un coït suspect avec une femme atteinte de salpingite ; six

jours après il ressent des picotements dans le canal. Huit jours après, l'écoulement apparaît.

Dix jours après, injections de permanganate au moyen d'une seringue, pendant une semaine.

Le malade va à la chasse et se fatigue. Le lendemain, vers 4 heures de l'après-midi, il ressent, en se promenant, une douleur extrêmement vive à l'aîne droite qui le force à s'asseoir, couvert de sueur. Rentré chez lui, il se couche.

Mardi matin, il pratique un coït ; immédiatement après, il ressent une douleur très vive dans l'aîne, la bourse gauche et le bas-ventre. La bourse gauche est enflée.

Mercredi matin, il entre à Civiale. La bourse gauche, grosse comme une pomme de taille moyenne, est revêtue d'une peau légèrement rouge, ni lisse, ni desquamante, mais adhérente aux tissus profonds dans le tiers moyen, surtout en dehors.

La palpation éveille une douleur vive au niveau de l'épididyme dont la queue et le corps, jusqu'aux environs de la tête constituent une masse dure, en forme de croissant enserrant le testicule resté normal, mais difficile à délimiter d'avec lui. Au niveau probable de la queue, il peut mesurer 2 centimètres en tous sens.

Le cordon est senti du calibre d'une plume d'oie, de consistance ferme et légèrement douloureuse à la pression.

A droite, testicule, épидидyme et cordon normaux. On ne sent pas de ganglions inguinaux d'aucun côté.

Mercredi soir, une ponction de la vaginale amène un soulagement aux douleurs et une certaine diminution de volume.

La prostate n'est pas volumineuse ; elle est de consistance ferme, lisse et douloureuse à la pression, surtout sur la ligne médiane et encore davantage à gauche.

15 octobre. — Le testicule se délimite mieux de l'épididyme. Celui-ci est dur, mais présente deux noyaux, un à la tête et un à la queue. Il ne paraît pas y avoir encore de liquide dans la vaginale.

Cordon dur et douloureux sur tout son trajet, de même volume qu'à l'entrée. Impossibilité de distinguer le canal déférent.

Température : le 12, 37°8, le 13, 36°8 le matin, 37°6 le soir, le 14, 37°8.

Examen du pus uréthral (bleu de Kulm).

Gonocoques intra et extra-cellulaires. Gros globules de pus (violet de gentiane et Gram). Diplocoques non décolorés, cocci, quelques bâtonnets mal colorés.

13 octobre. — Ponction de 3 centimètres cubes de liquide transparent jaune clair avec filaments glaireux.

OBSERVATION XIX

Orchi-épididymite droite, avec vaginalite

L..., maçon, trente-trois ans. Entré le 24 octobre 1904, salle Civiale, 18.

Vient pour orchite droite.

Antécédents héréditaires. — Père, mère, six frères et sœurs, deux enfants bien portants. Vit séparé de sa femme.

Antécédents personnels. — Jamais malade, en dehors

d'une fièvre muqueuse à l'âge de douze ans, et de la maladie actuelle.

25 octobre. — Il y a un mois et demi, le malade contracte une blennorrhagie qui, non soignée à aucun moment, se modère au bout d'une quinzaine de jours.

Il y a quatre jours, vers 5 heures du soir, pendant son travail, le malade ressent une douleur vive dans la bourse droite avec irradiation à la moitié droite de l'abdomen : il constate en même temps une enflure de la bourse.

Il reste couché deux jours et vient en voiture à l'hôpital où il entre le 24.

La bourse droite atteint le volume d'un poing d'enfant. Elle a la forme d'un cône à sommet tronqué nettement dirigé en dehors et un peu en haut. La peau est légèrement rouge, sèche et écailleuse, tendue et adhérente au sommet de la tuméfaction. On sent une résistance qui fait penser qu'il y a du liquide dans la vaginale, mais en petite quantité.

La palpation ne permet de distinguer qu'une masse grosse comme un œuf de poule et dont le maximum de consistance et de sensibilité se trouve à la partie la plus saillante, qu'une petite portion de tissu glandulaire moins indurée et moins douloureuse siégeant à la partie inférieure, postérieure et extérieure de la tuméfaction et qui semble bien être la queue de l'épididyme.

Le cordon droit, du volume d'une plume d'oie, est assez dur et douloureux.

Le scrotum, le testicule, l'épididyme, le cordon du côté gauche sont normaux.

Dans les deux régions inguinales, on sent de petits ganglions durs, douloureux seulement du côté droit.

L'urètre laisse s'échapper un pus épais, blanc jaunâtre. La prostate est étalée, de consistance ferme, non douloureuse à la pression. Le lobe droit est plus saillant que le gauche.

Température le jour de l'entrée, 38°8.

Ponction le 24 octobre.

Ponctions de la vaginale. On retire 4 centimètres cubes de liquide jaune trouble.

Température : le 24 octobre 38°8.

25 octobre. — 37°6 le matin, 38°4 le soir.

26 octobre. — 38°2 le matin, 37°8 le soir.

27 octobre. — 37°6 le matin, 37°6 le soir.

28 octobre. — 36°9.

Aussitôt après la ponction, les douleurs disparaissent et l'épididyme diminue rapidement de volume, présentant encore un noyau assez gros et assez dur.

Il semble bien que le testicule a diminué de volume lui aussi, car il est possible de distinguer épидидyme et testicule.

Le malade sort le 31 octobre, présentant un noyau dur au niveau de la tête de l'épididyme. Aucune douleur spontanée. Douleur à la pression un peu forte. Plus de liquide. Cordon un peu gros et encore douloureux.

OBSERVATION XX

Épididymite droite, avec vaginalite

D..., garçon de café, vingt et un ans.

Entré le 22 octobre 1904 salle Civiale.

Vient pour une orchite droite.

Antécédents personnels. — Jamais malade.

O. Thiault

Maladie actuelle (23 octobre 1904).

Il y a deux mois et demi, blennorrhagie non soignée, et qui n'a jamais tari.

Quinze jours après, orchite gauche ; traitement : cataplasmes de farine de lin, pommades mercurielles, tisane, lait.

Durée : une dizaine de jours dont sept au lit.

Au bout d'un mois de repos chez ses parents, à la campagne, il revient chercher du travail à Paris.

Il y a six jours, ses bourses, des deux côtés, commencèrent à enfler. Le soir, les douleurs sont vives. Le malade prend des balsamiques et reste couché pendant deux jours au bout desquels l'enflure disparaît à gauche, tandis qu'à droite la douleur atteint son maximum.

Il se décide à entrer à l'hôpital le 22 octobre. A ce moment, les douleurs spontanées ont presque complètement disparu.

La peau de la région scrotale est d'un rouge franc, des deux côtés ; elle est, de plus, tendue et écailleuse à droite. Cependant, elle ne semble pas adhérente, mais pourtant moins facilement mobile sur les plans profonds dans la portion externe de la bourse droite.

A droite, la bourse qui, d'après le malade a déjà diminué de volume, est encore grosse comme le poing d'un enfant. La palpation y distingue un testicule augmenté de volume, de consistance plus ferme qu'à l'état normal et légèrement douloureux à la pression, et un épидидyme dont la queue et le corps sont indurés et atteignent le volume d'une noix tandis que la tête est seulement un peu volumineuse. Fluctuation légère, mais nette ; le liquide paraît peu abondant. Le cordon peut être senti, mais semble intact. A gauche, le testicule ne présente rien de particulier, mais la queue de

l'épididyme renferme un noyau dur, non douloureux, du volume d'une petite noisette. Le cordon est sain.

Des deux côtés on sent de petits ganglions inguinaux durs roulant sous le doigt, indolents.

L'urètre laisse s'écouler un pus verdâtre, épais.

La prostate est bosselée, de consistance ferme, non douloureuse, un peu sensible à gauche. Le lobe droit est plus dur plus bosselé que le gauche. On fait sortir du liquide par la pression.

22 octobre. — Ponction : 2 centimètres cubes environ d'un liquide jaune un peu foncé.

Température : le 22, 37°4. Le 23, 37 degrés le matin, 37°6, le soir. Le 24, 36°8 le matin, 37°2 le soir.

OBSERVATION XXI

Épididymite gauche avec vaginalite

L. ... Eugène, cordonnier, trente-six ans.

Entré salle Civiale, 7, le 20 octobre 1904.

Le malade vient pour orchite gauche.

Antécédents héréditaires. — Mère, soixante-quatorze ans, atteinte d'ulcères variqueux.

Père, quatre-vingt-quatre ans, bien portant.

Trois sœurs mariées, bien portantes, ayant des enfants.

Un frère bien portant.

Antécédents personnels. — Jamais malade.

Il souffrait d'une blennorrhagie depuis six semaines. soignée seulement par des tisanes et dont la période d'écoulement aigu a duré trois semaines, lorsque, le 15 octobre au soir, il

remarque une enflure douloureuse de sa bourse gauche. Cet état s'aggrave jusqu'au 19 où il atteint son maximum avec quelques symptômes (anorexie, céphalée, constipation, fièvre). Il entre à l'hôpital le soir du 19; à ce moment les douleurs sont si vives que le malade ne peut marcher, elles irradiant à l'aîne et à la cuisse du même côté.

La bourse a le volume d'un poing d'adulte. La peau de la région scrotale est lisse et rouge. Il y a une température locale bien accusée.

On ne découvre d'adhérences que tout à fait en bas, sur une surface large comme une pièce de cinquante centimes.

Le testicule, de consistance plus ferme qu'à l'état normal, est légèrement augmenté de volume et est douloureux à la pression. Il est encadré d'un épидидyme très induré et très douloureux sur presque toute sa surface, l'extrémité supérieure de la tête exceptée. La queue de cet organe atteint, à elle seule, le volume d'un œuf de pigeon.

Le cordon du même côté est assez dur, du volume d'une plume d'oie et peut être senti jusqu'au tiers supérieur environ du canal inguinal.

Pas de ganglions inguinaux.

Le testicule et l'épididyme droits sont sains.

L'urètre ne laisse plus s'écouler qu'une goutte claire le matin.

La prostate est bosselée, de consistance ferme, et seulement à la pression, sur les parties latérales, mais surtout à gauche.

Température 38°5.

Dans la soirée du 20, une ponction vaginale amène un soulagement notable à la douleur. On retire 6 centimètres cubes de liquide jaune très clair, transparent, sans filaments.

Température 39 degrés à 6 heures du soir.

Le 21, 37°8 le matin, 38°9 le soir. Le 22, 37°1.

OBSERVATION XXII

Orchi-épididymite droite

S... Pierre, quarante-cinq ans. Entré le 2 novembre 1904, salle Civiale.

Vient pour une orchite droite.

Antécédents héréditaires. — Père mort asthmatique (?).

Mère morte de variole.

Deux enfants bien portants. Une fille morte accidentellement.

Sœur bien portante.

Frère mort de la rupture d'un anévrisme.

Antécédents personnels. — Il y a vingt ans, le malade contracte une première blennorrhagie qui dure quinze jours.

Il y a neuf ans, il est opéré pour un abcès néphrétique à droite; la cicatrice est visible.

En dehors de ces maladies et de la maladie actuelle, il n'a jamais été malade.

2 novembre. — Le malade contracte une blennorrhagie dont le début remonte à une dizaine de jours.

Il urine six ou sept fois par jour et trois ou quatre fois par nuit. Les mictions sont douloureuses au niveau du canal.

Il s'aperçoit trois jours après le début de son écoulement que sa bourse droite commence à enfler et à devenir doulou-

reuse. Les douleurs augmentent progressivement, décidant le malade, qui ne s'était pas alité, à entrer à l'hôpital.

À ce moment, la bourse est grosse comme un œuf de poule ; la peau est violacée, dépliée, desquamante, chaude, adhérente à la profondeur.

Le testicule, augmenté de volume et de consistance assez dure, est gros comme un œuf de pigeon. On sent à sa portion inférieure et extérieure, la queue et le corps de l'épididyme indurés et encadrant la glande. La queue de l'épididyme atteint le volume d'une noisette. La palpation du testicule et de l'épididyme est très douloureuse.

Le cordon est douloureux, à peine augmenté de volume, mais il est impossible de discerner les différentes parties qui le constituent.

Température 40°8.

Une ponction de la vaginale retire du sang.

Une ponction de l'épididyme retire, à deux reprises différentes, encore du sang.

Il n'y a pas d'abcès.

L'urètre laisse écouler un pus jaunâtre, épais, point très abondant.

La prostate est étalée, non douloureuse à la pression.

On sent au niveau de son lobe droit un cordon dur, mal limité. Le massage ramène quelques gouttes d'un liquide opalin, blanchâtre. Il n'y a pas de ganglions inguinaux. Les organes gauches sont sains.

Ponction le 2 novembre.

La ponction de la vaginale ne ramène qu'une très petite quantité de sang. Il ne semble pas, en effet, qu'il y ait un

épanchement dans la vaginale. La peau paraît accolée à la glande.

Ponction de l'épididyme très douloureuse, ne ramène que du sang, pas de pus.

La température tombe immédiatement.

3 novembre. — La palpation du testicule et de l'épididyme est beaucoup moins douloureuse.

Les douleurs spontanées sont aussi très diminuées.

Mais le cordon, resté douloureux, atteint maintenant le volume du petit doigt.

Température 38 degrés.

6 novembre. — La peau du scrotum est plissée, de couleur normale. La palpation du testicule est possible, sans provoquer de douleur. L'épididyme a considérablement diminué de volume. Il existe un noyau induré bien net dans la queue. La tête et le corps, en grande partie, sont souples. La température oscille toujours aux environs de 38 degrés.

On ponctionne le noyau épididymaire sans provoquer de grandes douleurs, et on ne retire que du sang.

Ce malade sort, le 8 octobre, en assez bon état, sans douleurs spontanées. Noyau épididymaire.

Examen du pus urétral. — Nombreuses cellules de pus. Leucocytes. Gonocoques intra-leucocytaires et extra. Diplocoques gardant le Gram.

OBSERVATION XXIII

B..., Adolphe, vingt-cinq ans, ajusteur.

Entré le 2 novembre 1904, salle Civiale, 37.

Vient pour orchite droite (épididymite et funiculite).

Ancienne épididymite gauche.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant.

Cinq frères et sœurs biens portants. Deux sœurs ayant des enfants bien portants, un frère mort inconnu du malade.

Antécédents personnels. — Jamais malade avant la maladie actuelle.

Il y a cinq mois, le malade contracte une blennorragie qu'il ne soigne pas.

Quatre semaines après, survient une enflure douloureuse de la bourse gauche, qui est soignée à l'hôpital de Clermont-Ferrand par le repos. Au bout de trois semaines, l'enflure et la douleur ont diminué, mais jamais, dit le malade, la bourse n'a repris un volume et une sensibilité normaux.

Sept semaines après le début de l'écoulement, le malade commence un traitement par des capsules de santal, puis des lavages au permanganate (une dizaine en tout). Il conserve un suspensoir.

Deux fois, à intervalles variables (quinze jours, trois semaines), dès que le malade cesse de se reposer pour reprendre son travail, qui existe une station debout prolongée, l'orchite gauche se reproduit. La dernière atteinte fut bénigne.

Bourse droite : Enfin, il y a un mois et demi, alors que l'inflammation et l'épanchement étaient disparus à gauche, survient l'enflure de la bourse droite qui augmente pendant dix jours, puis demeure stationnaire.

Le scrotum était très gros, dur, violacé, très douloureux.

Le volume, à cette époque, est évalué par le malade à une grosse mandarine.

Au bout de trois ou quatre semaines, la tuméfaction a

commencé à diminuer. La peau est devenue normale. Elle semble actuellement plus flasque et plus molle, et aussi bien plus pâle que de l'autre côté.

Il existe en ce moment une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, molle, nettement fluctuante, de transparence parfaite.

On sent à la partie postérieure une masse résistante et un cordon dur, douloureux à la pression, du volume d'un crayon et qui correspond à l'épididyme, induré dans toute son étendue mais surtout au niveau de la queue.

Le cordon est très-gros, extrêmement dur. Cette dureté ressemble à celle de l'arcade pubienne, sur laquelle on le sent bien. Ce cordon est senti dans l'abdomen, bien au-dessus de l'arcade crurale. Le cordon est immobilisé ; on ne peut distinguer aucun de ses éléments. Il est fixé dans son ensemble et ne se mobilise qu'avec tous les téguments. La palpation est douloureuse.

Bourse gauche. Le testicule gauche a un volume normal. On sent une légère induration de la tête de l'épididyme et, à la queue, une induration plus ferme, plus grosse, reliquat de l'épididymite primitive.

Le cordon est souple, non douloureux, on sent rouler sur le doigt ses divers éléments.

La région vaginale est douloureuse pendant la marche.

Il existe des deux côtés, dans la région inguinale, un cha-pelet de petits ganglions durs, indolores, qui ont acquis il y a quelques mois, au dire du malade, un certain volume.

L'urètre laisse écouler, surtout le matin, un pus jaune verdâtre, épais, peu abondant. Les reins ne sont ni percep-

tibles, ni douloureux. Le malade accuse une sensation de fatigue dans la région lombaire.

La prostate n'est ni volumineuse, ni douloureuse. Sa consistance est souple.

2 novembre. — Ponction de la vaginale droite, par pointe de feu, de 20 centimètres cubes d'un liquide très clair, très transparent.

Sortie du malade. Il n'y a presque plus d'épanchement.

Il s'est certainement résorbé du liquide depuis la ponction.

Épididyme encore un peu gros. Cordon sans changement.

OBSERVATION A (Personnelle)

R. F..., vingt-quatre ans, plombier. Entre à la salle Civiale, le 3 septembre 1909, pour orchite gauche.

A eu une première blennorragie à l'âge de dix-sept ans.

En 1908, deuxième atteinte pendant son service militaire.

Complication de cystite. Durée quatre mois.

Depuis, persistance d'une goutte militaire.

23 août. — Il ressent des douleurs dans le testicule gauche et la bourse de ce côté est augmentée de volume. Il se repose chez lui pendant une semaine et entre à l'hôpital.

3 septembre. — Douleurs vives, rachialgie, anorexie.

Le scrotum du côté gauche est rouge, luisant, déplié, œdématié. Tumeur lisse, ovoïde, dans laquelle il est impossible de délimiter l'épididyme du testicule. La forme classique de l'épididyme en cimier de casque est très nette.

Fluctuation évidente.

Canal : pas d'écoulement.

Prostate : bosselée, non douloureuse.

Température 38°8.

Ponction : on retire 4 centimètres cubes de liquide trouble de la vaginale.

4 septembre. — Température 37°6 le matin, 38°1 le soir.

Les douleurs sont moins vives. Les jours suivants, la température est normale. Le volume de la bourse gauche a beaucoup diminué.

L'épididyme encore tuméfié, surtout vers la queue est toujours douloureux.

14 septembre. — La douleur provoquée par la pression a disparu.

16 septembre. — Plus de trace de gonflement. Petit noyau dur au niveau de la queue de l'épididyme. Sortie du malade.

Prostate : étalée, non douloureuse.

Température 37°9.

La ponction de la vaginale ramène environ 2 centimètres cubes de liquides séro-sanguinolent.

27 septembre. — Température 37°3 le matin, 37°5 le soir.

Douleurs spontanées nulles, mais existant toujours à la palpation.

Amélioration rapide des phénomènes locaux.

29 septembre. — La température est normale. Apparition de l'écoulement. Le malade sort sur sa demande.

OBSERVATION B (Personnelle)

C.... Ed., vingt et un an, marchand de vins.

Entre le 4 septembre 1909, salle Civiale.

Première blennorragie remontant au 6 août. Traitement par injections d'eau ordinaire.

2 septembre. — Début d'une épididymite gauche, par de la douleur testiculaire.

A l'entrée du malade, on constate une épididymite à forme classique, en cimier de casque.

Funiculite et léger épanchement de la vaginale.

Douleurs vives, irradiant vers l'aîne et l'anus.

Canal: écoulement insignifiant; gonocoques extra-cellulaires.

Prostate: grosse, douloureuse; on ne ramène pas de liquide après massage.

Température 39 degrés.

Ponction de la vaginale: on retire de 3 à 4 centimètres cubes de liquide opalescent.

5 septembre. — Température 37° 7. La douleur a diminué.

8 septembre. — Température normale.

Persistance de la douleur provoquée par la pression.

L'épididyme reste gros.

OBSERVATION C (Personnelle)

P... L..., vingt ans, imprimeur.

Entre le 8 septembre 1909, salle Civiale, pour une première blennorragie qui débuta au commencement d'août. Il fit des injections de permanganate de potasse, mais l'écoulement ne tarit point.

Vers le 5 septembre, il ressentit de violentes douleurs dans

l'aine, puis dans le testicule, et bientôt après ses bourses se tuméfièrent.

8 septembre. — A son entrée à l'hôpital, la bourse du côté droit est doublée de volume. Les enveloppes scrotales participent à l'inflammation. Il existe dans la vaginale un épanchement appréciable. L'épididyme est très augmenté de volume, sans nodosités.

Le testicule, bien qu'on ne puisse le délimiter exactement, semble avoir conservé son volume.

Canal déférent gros et douloureux.

Prostate normale.

Dans le produit de l'écoulement urétral, il y a de nombreux gonocoques.

Réactions générales vives, avec douleurs spontanées.

Température 38°4.

Ponction : 2 centimètres cubes de liquide clair sont évacués de la vaginale.

9 septembre. — Température 37°4.

Les douleurs spontanées sont amoindries. Elles disparaissent le 11 septembre, en même temps que la température tombe à 36°9.

Le malade sort sur sa demande, non guéri, le 14 septembre. Les douleurs provoquées persistent, ainsi que le gonflement.

OBSERVATION D (Personnelle)

S... D..., trente-sept ans, charron.

Entre le 25 septembre 1909, salle Civiale.

Première blennorragie à vingt ans.

Deuxième atteinte en 1893, au régiment. Séjour à l'infirmerie. Puis, quelque temps après, récédive.

La blennorrhagie actuelle est donc la quatrième. Elle débuta, il y a six semaines et le malade fit des injections d'eau boriquée. Un mois après, l'écoulement persistant toujours, D... ressentit des douleurs dans l'aine, puis dans le testicule gauche. Il reste vingt jours chez lui sans autre traitement que le repos. Son état ne s'améliorant pas, il entre à l'hôpital.

26 septembre. — Douleur spontanée et à la pression, siégeant uniquement dans l'aine et dans la bourse du côté gauche. L'état général est bon.

L'épididyme est en cimier de casque. Le testicule, quoique voilé par un léger épanchement, ne paraît pas augmenté de volume.

Le cordon, induré, a la grosseur du médius. Canal : pas d'écoulement.

Malades		Température avant la ponction	Température après la ponction	Disparition des douleurs provoquées	Nombre p ponctions deratiquées	Disparition du gonflement
Obs.	I. C. Epid. double...	39,5	37,2	—	2	—
»	II. E. E. Epid. double.	Normal	Normal	—	1	—
»	III. B. A. Epid. gauche.	Normal	Normal	—	1	—
»	IV. P. J. Epid. gauche.	39,5	37,4	13 jours	1	—
»	V. G. B. Epid. gauche.	40,7	38,8	5 jours	1	—
»	VI. B. C. Epid. droite..	39,5	37,8	3 jours	1	—
»	VII. G. E. Epid. droite..	39	37	10 jours	2	—
»	VIII. J. A. Epid. gauche.	39,3	37,4	—	1	—
»	IX. R. J. Epid. droite..	40,2	38	—	2	—
»	X. P. R. Epid. double.	39,2	38	—	2	—
»	XI. J. M. Epid. droite..	39,6	37,8	1 jour	1	—
»	XII. R. R. Epid. gauche.	38,8	37,2	—	1	—
»	XIII. N. E. Epid. gauche.	39,6	38,8	4 jours	1	—
»	XIV. L. A. Epid. gauche.	38,5	38,2	3 jours	1	—
»	XV. B. A. Epid. gauche.	37,5	37	4 jours	2	—
»	XVI. E. E. Epid. droite..	39,4	38	—	2	—
»	XVII. L. Epid. double...	38,2	37,4	—	2	—
»	XVIII. B. C. Epid. gauche.	37,8	36,8	—	1	—
»	XIX. L. Epid. droite....	38,8	37,6	—	1	—
»	XX. D. Epid. droite....	37,4	37	5 jours	1	—
»	XXII. S. P. Epid. droite..	40,8	38	—	1	—
»	XXIII. B. A. Epid. droite..	Non signalée	—	—	1	—
Obs.	A. R. F. Epid. gauche....	38,8	37,6	11 jours	1	13
»	B. C. E. Epid. gauche....	39	37,7	—	1	—
»	C. P. L. Epid. droite....	38,4	37,4	—	1	—
»	D. S. D. Epid. gauche....	37,9	37,3	—	1	—

PONCTION

La technique de la ponction, telle que la recommandait Velpeau était simple. « Pour faire ses mouchetures, le chirurgien embrasse mollement toute la partie gonflée, au-dessous et par les côtés, avec la main gauche, de telle sorte que le pouce et l'indicateur refoulent jusqu'à un certain point la tunique vaginale en avant, comme pour la tendre, en faisant remonter le liquide qu'elle contient sur la face antérieure du testicule. De la main droite, armée d'une lancette à grains d'avoine, tenue comme une plume, il ponctionne la partie libre de la tumeur, ou celle qui est le plus évidemment fluctuante ; par un coup sec, porté perpendiculairement sur un, deux, trois ou quatre points de la région circonscrite par les doigts de la main gauche, et l'opération est terminée. »

Ensuite, Velpeau procédait au nettoyage du scrotum, et appliquait sur les bourses un cataplasme de farine de lin. Le lendemain ou le surlendemain, il pratiquait une ou deux mouchetures nouvelles, si un peu de sérosité s'était épanchée à nouveau dans

la vaginale, ce qui était fréquent. Dans quelques rares cas, il y revenait pendant trois ou quatre jours,

Vidal de Cassis perfectionna cette méthode et recommanda, après avoir pénétré dans la séreuse, d'imprimer à l'instrument un mouvement de demi-rotation pour faciliter l'issue du liquide, et de ne retirer la lancette qu'après évacuation complète. Mais, croyant à l'existence, pour ainsi dire constante, de l'orchite parenchymateuse, il ne tarda pas à trouver les mouchetures insuffisantes et fit ce qu'il appela « le débridement du testicule ».

Sa méthode consistait à faire avec une lancette la ponction de la tunique albuginée sur une étendue de 1 cent. $1/2$ environ. Cette ponction, sans être plus douloureuse que l'ouverture de la vaginale était, d'après lui, d'une complète inocuité et soulageait beaucoup plus manifestement le malade.

Si nous avons cité ce moyen thérapeutique, c'est que nous croyons, avec Gosselin, que, le plus souvent, l'albuginée ne devait pas être ouverte, et que les malades voyaient surtout leurs douleurs diminuer par ce seul fait de l'écoulement du liquide, comme dans la ponction simple.

Il est certain, cependant, que l'albuginée fut incisée quelquefois. Et c'est précisément dans ces conditions que la méthode, très en honneur au début, donna de graves mécomptes à ses partisans. On ne tarda pas, en effet, à signaler à la suite de son emploi des cas de suppuration, de fungus du testicule, et même de gangrène. Certain auteur rapporte qu'il en

vit un cas à l'hôpital Saint-Eloi, de Montpellier, alors qu'un chirurgien habile voulut expérimenter le moyen proposé par Vidal.

Demarquay (1858). Hardy (1860) font connaître de graves accidents survenus à la suite du débriement. Salleron, séduit par les brillants résultats annoncés par Vidal (plus de quatre cents malades opérés et guéris sans accidents) employa cette méthode sur deux malades, et assista à la fonte du testicule. « Une dizaine de jours après, la glande était complètement vidée et réduite à une coque, formée par la tunique fibreuse rétractée, n'étant plus qu'une petite tumeur de la grosseur d'une olive ».

Dès lors, cette méthode avait vécu. Elle n'avait d'ailleurs, plus de raison d'être, puisque l'on avait appris que le testicule est très rarement intéressé dans l'épididymo-vaginalite blennorragique.

La ponction de Velpeau subsista, au contraire, car on ne put relever contre elle des accidents aussi graves. Cependant, on met à sa charge un cas d'hématocèle du scrotum, et Julien vit la présence ignorée d'une hernie entraîner la mort d'un jeune homme dont l'intestin fut perforé.

Pour Ricord, on doit évacuer l'épanchement de la vaginale, quelle que soit la période de la maladie à laquelle on se trouve.

Rollet, sans toutefois rejeter la ponction, déclare qu'elle n'a pas, sur la marche de la maladie, une influence aussi prononcée que le disait Velpeau.

Gosselin, tout en croyant aussi qu'elle n'accélérerait

pas la guérison, lui reconnaissait le pouvoir de soulager le plus souvent les malades et la réservait pour les orchites douloureuses ; mais, accusant la lancette de faire une ouverture trop large, exposant facilement à l'hémorragie et à la suppuration, il se servait d'un ténotome pointu et recommandait, pour éviter l'infiltration du liquide dans le tissu cellulaire du scrotum, de tenir la tumeur bien tendue dans la même position, jusqu'à ce que l'évacuation soit complète.

Nélaton et Horteloup ponctionnaient chaque fois que l'épanchement était appréciable et plongeaient profondément la lancette « environ à la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la tumeur. C'est là où se trouve le plus ordinairement l'épanchement ».

De nos jours, les chirurgiens qui pensent que la douleur est causée par la distension trop grande de la vaginale, ponctionnent la séreuse. Certains font ensuite la compression qui, sans cela, eût été inefficace.

Voici comment nous avons procédé pour notre part :

Nous pinçons la peau du scrotum de la main gauche et nous enfonçons la pointe de l'aiguille dans le pli ainsi formé. Il n'est pas besoin de pénétrer profondément, on a immédiatement la sensation d'être dans une cavité. L'aiguille peut se manœuvrer dans tous les sens, mais il vaut mieux enfoncer celle-ci parallèlement au testicule, plutôt que perpendiculairement, pour ne pas risquer de le piquer. On

s'aperçoit de cet accident, ou plutôt de cet incident à ce fait, qu'après avoir traversé la peau, on sent une résistance élastique qui cède bientôt, pour permettre ensuite à l'aiguille de s'enfoncer profondément dans un tissu mou où elle reste fixée. Le malade accuse alors une douleur intolérable, irradiant le long du cordon et vers le périnée. Une ponction faite dans ces conditions ne ramène que du sang en très petite quantité.

En aspirant dans la vaginale, il semble souvent qu'il n'y ait pas de liquide, bien qu'il y ait fluctuation nette, car le piston de la seringue semble accolé à l'extrémité de celle-ci. Cela fait penser immédiatement que l'aiguille est bouchée ou bien que l'on n'est pas dans la cavité de la vaginale. Ce fait nous paraît produit par l'accolement des deux feuillets de la séreuse enflammée. En effet, si l'on comprime un peu la partie inférieure du scrotum, en pressant contre le testicule, on voit la peau de la partie supérieure se tendre, et le liquide pénétrer dans la seringue. La pression est douloureuse, comme toutes les manœuvres ou explorations exercées sur le testicule ou l'épididyme avant la ponction.

Nous avons vérifié l'excellence de ce petit procédé chez un malade porteur d'un épanchement assez abondant. Il ne s'écoulait aucun liquide par l'aiguille non assujettie à la seringue, tant que l'on ne faisait pas de compression. En comprimant, nous avons pu recueillir dix centimètres cubes de liquide environ, sortant en un véritable jet.

Bien entendu, la fluctuation devra être constatée à l'avance et dans les cas d'inversion du testicule, la piqûre se fera en arrière, où siège l'épanchement.

CONCLUSIONS

Un épanchement de la vaginale plus ou moins considérable accompagne toujours l'épididymite blennorragique.

Généralement peu abondant, cet épanchement est toujours septique.

Son évacuation systématique est suivie d'une diminution considérable de la douleur, et quelquefois de sa disparition complète.

En même temps, la fièvre tombe et les phénomènes généraux s'amendent.

Cette ponction de la vaginale est toujours inoffensive.

Les cas moyens ou sérieux d'épididymo-vaginalite blennorragique sont justiciables de cette intervention.

L'épididymotomie doit être réservée aux cas graves dans lesquels la présence du pus dans l'épididyme est patente ou probable, lorsque les phénomènes généraux sont très accentués.

Vu : le Président de la thèse,
PAUL SEGOND

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD



BIBLIOGRAPHIE

- ALLIEZ. — Thèse de Paris, 1876.
- ARROU. — Chirurgie de l'appareil génital chez l'homme. Paris, 1901.
- AUBRY. — Arch. générales de Méd., mai 1841, 3^e série, n^o 11, p. 24.
- AUBRY. — Précis des maladies blennorrhagiques. Paris, 1894.
- AUGAGNEUR. — Lyon médical, 9 décembre 1894.
- AUGAGNEUR et MOLLIERRE. — Article testicul. du Dict. encycl. des Sciences médicales, t. XVI, 1886.
- BACHELOT. — Thèse de Paris, 1859.
- BARBELION. — Sur les Infections urétrales non gonococciques. Thèse de Paris, 1894, n^o 406.
- BAERMANN (J.). — Cité par Romme dans la Presse médicale du 17 décembre 1902, p. 720 (Bull. et Mémoires de la Société de Chir., 1885, p. 701).
- BAERMANN (G.). — Ueber die pathogenen der gonorrhoeischen epididymites und ueber wernch durch punctation zabehandter (Deutsch med. Wochench., n^o 40, 8 déc. 1903, p. 720).
- BASSUET. — Société anat., 1993, p. 230.
- BANZET et KRESSER. — Compte rendu Société d'Urologie, session 1903.
- BELFIELD. — The Americ Association, 22 avril 1905.
- BELL (Benjamin). — Traité de la Gonorrhée virulente et de la maladie vénérienne. Traduction Bosquillon, 1802, t. II, p. 434.
- BERGH. — Zitert nach M. V. Jeissl. Lehrbuch der venerischen Kronkheiten, 1902, s. 108.

- BLANDIN. — Presse médicale, 1837, p. 342.
- BOCKHART. — Ueber pseudo gonorrhoeische Entzündungen der Harnröhre und der Nebendrüsen Monatshefte. f. Prakt. Dermat., n° 4, 1886; n° 19, 1887.
- BOHM. — Ueber Punction bei epididymite gonorrhoeica Sonderabdruck. A. D. Prgen Med. Wochenschrift, n° 2, 1904, t. XXIX.
- BOREL (H.). — Des Avantages du traitement chirurgical dans l'épididymite blennorragique, Thèse de Lausanne, 1908.
- BOSC. — Le Gonocoque. Thèse de Montpellier, 1893.
- BRÉVILLE. — Cité par Reclus.
- BREWER. — Contagiosité des écoulements chroniques de l'urètre. Journal of cutaneous and gen. ur. diseases. New-York, mars 1890.
- Bulletin de l'Académie de Médecine, 1837-1838, t. II, p. 506.
- BUMM. — Der Microorganismus der gonorrhoeischen Schleim. Hantkrankungen. Vesbaden, 86.
- CANEVA. — Lulle cellule cosmophile del pus gonorrhoeica. Reforma medica. 1894, n° 25.
- CARTEX. — De l'Orchite par effort. Ann. génito. urin. 1881, p. 560.
- CLUGNET. — Thèse de Paris, 1878.
- COGONBLES. — Thèse de Paris, 1858.
- COLLAN. — Zur Froge der pathogenese der gonorrhoeischen epididymitis (Wien. Klin. Wehnschs., 1897, n° 48).
- COLOMBINI. — Bacteriologische und experimentelle. Antecukung ueber einen Markunidigen Fall. von allgeminer gonorrhoeischer infektion (Centralbl. f. Bacteriol., etc. Iena, 1898).
- COOPER (Astley). — Œuvres chirurgicales. Traduction Chasseigne et Richelot, 1835, p. 431.
- COUSIN. — Inflammation en masse de cordon spermatique. Thèse de Paris, 1887.
- COUTON. — Contribution à l'étude de l'orchite traumatique. Thèse de Paris, 1881.
- CSILLEY. — Deferentitis partialis gonorrhoeica (Arch. F.

- Dermat. v. syph. Bd., LLV).
- CURLING. — Traité pratique des maladies du testicule. Traduction Gosselin, 1857.
- DELAPORTE. — Thèse de Paris, 1886.
- DEMARQUAY. — Bulletin de Thérapeutique, 1858, t. LV, p. 549.
- DESNOS et MINET. — Étude de l'orchite des prostatiques (Ann. génito-ur., août 1802).
- DESRUELLES. — Traité pratique des maladies vénériennes, 1836, p. 558
- DIDAY. — La Pratique des maladies vénériennes. Paris, 1886.
- DOR. — Cryptorchide hypospode atteint de blennorragie et d'épididymite. Ann. des maladies des organes génito-ur. Paris, 1892.
- DREYER. — Sur l'Urétrite à entérocoques. (Monatsbericht fur urologie. Bd. IX, heft. 7, 1904).
- DUHOT. — Société belge d'Urologie, décembre 1906.
- HÉRAUD. — Rapport au deuxième congrès d'Urologie, 23 décembre 1897, p. 217.
- Observations d'épididymite blennorragique terminée par suppuration. (Annales, 1892, p. 164).
- ESCAT. — Traitement de l'épididymite blennorragique grave. Compte rendu de l'association française d'Urologie, 1906.
- FOURNIER. — Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique, t. V, p. 209 et suivantes.
- FRANCON. — Thèse de Paris, 1877.
- FURBRINGER, — Maladies des organes génito-ur., t. II, p. 556 et suivantes.
- FINGER. — La Blennorragie et ses complications. (Traduction française. Paris, 1894).
- Arch. fur. dermat. und. syph. 1894. Bd. 28 heft 1-3, 1895, t. XXXIII, p. 141, 323.
- GAUSSAIL. — Arch. gén. de méd., 183, t. XXVII, p. 199.
- GENDRIN. — Histoire anatomique des inflammations, 1826, t. I, p. 70 et 144.

- GERHEIM. — Ueber misckinfstet bei gonorrhea verhundnungen der physck. Medeca medicus Geseltschaft zu Wurzbourg, XXI.
- GÉDARD. — Gaz. Méd. de Paris, 1856, p. 294.
- GOSSELIN. — Clin. chir. de l'hôpital de la Charité, 2^e édition, 1876, t. II, p. 392.
- GOSSELIN et WALTHER. — Article testicule du nouveau dictionnaire de Médecine et de chirurgie pratique, t. XXXV.
- GROSZ. — Semaine médicale, 1897, p. 432.
- GUIARD. — La blennorrhagie chez l'homme, 1894.
— Les uréthrites chroniques chez l'homme, 1898.
- GUYON et JANET. — Orchite et hydrocèle blennorragiques sans gonocoques (Ann. gén. ur., VII, août 1889, p. 462).
- GUYOT. — Thèse de Paris, 1856.
- HAGNER. — Médical record., 13 octobre 1906.
- HARDY. — Thèse de Paris, 1860.
- HARTLUNG. — Gonorrhoeische épididymite. Werh. des VI Dermat. Homg. Strassb., 1898.
- HORTELOUP. — Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1885, p. 701.
- HUNTER (J.). — Traité de la maladie vénérienne traduction Richelot avec notes et additions de Ricard, 3^e éd., 1859, p. 91.
- JADOSOHN. — Baumgarten Jaresberische, 1893.
- JANET. — Rapport au II^e Congrès d'Urologie, 23 décembre, p. 296.
- JANET et GUYON. — Ann. des maladies génito-urinaires, 1899, p. 462.
- JAMIN. — Orchite uréthrale (Dictionnaire Jaccoud).
- JOUE. — Essai de traitement pathogénique de l'épididymite blennorragique. Thèse de Montpellier, 1906.
- JULLIEN. — Traité pratique des maladies vénériennes, 1886, p. 117.
- KARWOWSKI. — Ein Fall. von positiven gonocccenbefund in einen epididymitischen (Abszess. Monatsh.fr.Prokt. Dermat. Bd. XXXV, Helft. II).

- KERDIRDJY. — Le Traitement chirurgical de l'orché-épididymite blennorrhagique aiguë (La Clinique, 15 février 1907.)
- LABBÉ (M.). — Le Cyto-diagnostic. Paris, 1903.
- LAURENT. — Journal de méd. et chir. Paris, mai 1901.
- LUCAS. — Résultat du toucher rectal dans 285 cas d'épididymite blennorrhagique. Thèse de Paris, 1894 (Jouve).
- MACAIGNE et VANVERTS. — Étiologie et pathogénie des orché-épididymites. (Annales des maladies des organes génito-ur., 1896).
- MALASSEZ et TERRILLON. — Recherches expérimentales sur l'Anatomie pathologique de l'épididymite (Arch. de Physiol., 1880, p. 738).
- MARX. — Beitrag. zur Clinischen studie. Ser. Soy. blen. Orchite (Ref. Bonneg-Tongl. Zahrbuch, XIII).
- MAURIAC. — Étude sur les névralgies réflexes symptomatiques de l'orché-épididymite blennorrhagique (Gaz. médicale de Paris, 1869 et 1870).
- MAZOYER. — Thèse de Paris, 1856.
- MÉHU. — Des Liquides de l'hydrocèle de la tunique vaginale et de l'hydrocèle enkystée de l'épididyme (Arch. génér. de Méd., 1859, 6^e série, p. 527).
- MIBELLI. — Deferentitis ohne epididymite (Boll. d. lez. de bult. de Sc. méd.).
- MICKAMEWSKY. — Thèse de Paris, 1879.
- MONDELET. — Thèse de Paris, 1857.
- LAVEREAN et CATRIN. — Microorganismes dans orchite ourlienne (Semaine médicale, 1893, p. 252).
- LE DENTU-DELBET. — Traité Chir., t. X, p. 78 et 79.
- LEDOUBLE. — De l'Épididymite blennorrhagique. Paris, 1879.
- LEGRAIN. — Les Microbes des écoulements de l'urètre. Thèse de Nancy, 1889, n° 287.
- Contribution à la diagnose du gonocoque (Ann. génito-urin., 1888, p. 531).
- LEGRAIN et LEGAY. — Sur un cas d'urétrite sans gonocoques, avec complication d'épididymite (Ann. des maladies des organes génito-ur., 1891, p. 706).

- LOWENHEIM. — Ueber Infktrositat alter epididymitischen (Reste Allg. med. Central. Ztg., 1902, n° 1).
- LE ROY DES BARRES et WEIMBERG. — Orchi-épididymite à diplo-bacille de Friedlander d'origine traumatique. C. R. hebd. des séances de la Société de Biologie, 27 mai 1898, n° 10, série II, p. 560.
- LÜTSGARTEN et MANNABERG. — Ueber der microorganismen d. normal manlich. urethr. (Verteljahrsh-fuderm. v. syph., 1887-1905).
- MONED et TERRILLON. — Traité des maladies du testicule et de ses annexes. Paris, 1869.
- MONTANIER. — Gaz. Hôp., mars 1868, p. 106.
- MORLOT. — Contribution à l'étude de l'atrophie du testicule. Thèse de Paris, 1881.
- MURPHY. — A case of acute epididymitis in an undescended testis. With demonstration in the excised organ. (Boston med., and chir. Journal july, 1903).
- NÉLATON. — Éléments de pathologie chirurgicale, 2^e édition revue par Horteloup, t. VI, p. 467.
- NEISSER et SCHAFER. — In Lubarsch. Ostertag. Ergebnisse, etc., III.
- NOGUES. — Vésiculite pseudo-membraneuse à colibacille. Epididymite et vaginalite consécutives (Ann. gén. ur., juin 1897).
- Rapport du II^e Congrès d'Urologie, 23 déc., p. 241.
- OLLIVIER (E.). — Étude sur la vaginalite aiguë blennorrhagique. Thèse de Paris, 1903.
- PATELLA. — Gaz. Hôp., 1902, p. 717.
- PETER (Michel). — Union médicale, 22 nov. 1856, p. 562.
- PETIT (J.-L.). — Œuvres complètes (Bibliothèque chirurgicale). Paris, 1837, p. 729.
- PETRONO. — Sulla natura parositaria dell' arthriti blennorrhagica (Revista clin. di Bolona, février 1883).
- PIZZINI. — Ein Fall von eitriger epididymitis blennorrhagica mit einigen Betrachtungen über die Virulenz der gonococcen (Gior. ital. de mal. vén. e. d. pelle, 1900, fasc. 4).

- POROCZ. — Ueber epididymitis sympathica und blennorrhoeica Monatsch. 1 (Prakf. Dermot. Bd. XXXIII, Heft 1).
- POTT (Percival). — Œuvres chirurgicales. Traduction de M..., 1777, p. 94.
- RAMES DE FONSECA. — Thèse de Paris, 1876.
- RASKAI-REACH. — Ueber die Pathogenese der Gonorrhoeischen epididymitis (Prossi hetel, 1900, n° 41).
- RECLUS. — Traité de Chirurgie, t. VII.
- REGNAULT. — Ann. génito-ur., 1891, p. 91.
- Gaz. Hôp., 30 juillet 1893, p. 817.
- RICORD. — Notes et additions à la trad. du « Traité des maladies vénériennes » de Hunter, p. 95 et 163.
- ROBERT (Melchior). — Nouveau traité des maladies vénériennes, 1861, p. 217.
- ROCHOUX. — Pathologie. Pathogénie et traitement de l'épididymite blennorragique (Semaine médicale, 16 mai 1894, p. 229).
- ROLLET. — Traité des maladies vénériennes, 1865, p. 335.
- ROMME (R.). — Presse médicale, 17 décembre 1903, p. 730.
- RONA. — Cité par Noguès. Ueber Actiologie und wesen der urethrites catarrhales der kinder Malincher geschlich (Arch. fo derm. v. syph., 1893. Hft 1 et 2
- ROUGON. — Citert noch Finger (Blennorrhoei der sexualorgane, 1893, Baermann).
- ROUTIER. — Orchite suppurée à gonocoques (Med. moderne, 1895, p. 453).
- SALLERON. — Arch. générales de Méd., 6^e série, t. XV, 1870, p. 163.
- SCHEPELERN. — Hosp. Fidende Copenhague, 1871, n° 11.
- SCHWART et TERRILLON. — Gaz. médicale de Paris, 1879, p. 421.
- SCHILEAU. — Traité de Chir. Le Dentu et Delbet. t. IX et X.
- SCHINBLER (Von Dr C.). — Zur Behandlung der epididymitis genorrhoeica, 1906.
- SIMMONDS. — Die Ursechen der Azoospermie (Deutsch. Arch. F. Klin. med. Bd. LXI, Heft 3-4).

- Ueber norbigen. Verschlass des semenlecters. Verhandl. d. (Deutsch. path. Gesellsch, 1899).
- SMITH. — The Lancet, 1864, t. II, p. 149.
- SOUPLET. — Thèse de Paris, 1893.
- STEINSCHIEDER. — Berliner Klin., T 17. Woch, n° 24, juin. 90-93.
- SWEIDIAUR. — Traité des maladies vénériennes ou syphilitiques, 1803.
- TERRILLON. — Epididymite expérimentale chez le chien. Soc. Anat., 1880, p. 70, 482. Prog. méd., 188, p. 240. Anatomie pathologique de l'épididyme blennorrhagique. Soc. Anat., 1886, p. 462 et 570,
- TOUTON. — Der gonococcus und eine Berzechunger zu den blennorrhaischen. Prozessus Berlin, Klin. Woch., 1894, n° 21.
- TREKAKI. — Die Punktion der tunica vaginalis bei akunter blennorrhgischer orchitis. Gaz. Méd. de Paris, 1892.
- VELPEAU. — Article hydrocèle aiguë du Dictionnaire en 30 volumes.
- VIDAL (de Cassis). — Traité de pathologie externe, 1846, T. V. P., 450.
- WALLACE. — Zitirt. mach. M. v. Zeissl. Lehrbuch der venereische Hant krankheiten. d. III (Bourmann).
- WERTHEIM. — Deutsche Méd. Woch. Coxle, 1891.
- WIDAL et RAVAUT. — Société de biologie, 22 décembre 1900, p. III7.
- WITTE. — Zur pathologie der gonorrhoeischen épididymitis. Arch. f. dermat. n. syph., 1899, 4. Helft. 1.
- ZAPATA —Thèse de Paris, 1874.
- ZEITSCH. — F. Hgg. u. infections. Krankh, 1898, v. XXVII, n° 2, P. 298.

